

ANNÉE 1934.

THÈSE

N°

555

POUR LE

Doctorat de l'Université de Paris

(Mention médecine)

PAR

Tchatchiachvili Georges

Né le 1 Aout 1898, Argveti (Géorgie)

Tumeurs papillaires du bassin et de l'uretère

Président de Thèse : M. le Professeur GOSSET

PARIS

1935

ANNÉE 1934.

THÈSE

N°

POUR LE

Doctorat de l'Université de Paris

(Mention médecine)

PAR

Tchatchiachvili Georges

Né le 1 Aout 1898. Argveti (Géorgie)

Tumeurs papillaires du bassinnet et de l'uretère

Président de Thèse : M. le Professeur GOSSET

PARIS

1 9 3 5

I. -- PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ..	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	{ BEZANÇON.
	{ CARNOT.
	{ CLERC.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphiliti- ques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	{ CUNEO.
	{ GOSSET.
	{ GRÉGOIRE.
	{ LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	{ BRINDEAU.
	{ COUVELAIRE.
	{ JEANNIN.
	{ PROUST.
Clinique synécologique	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopé- die	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGEANT.
Clinique propédeutique	N...
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	{ HOVELACQUE.
	{ OLIVIER.
	{ VERNE.
	{ MULON.

II. -- AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNAR Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN. Pathologie médicale.
 BULLIARD. Histologie.
 CATHALA. Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON. Physique.
 FEY. Urologie.
 GALLIARD. Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 GIROUD. Histologie.
 HAGUENAU. Pathologie médicale.
 HALPHEN. Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD. Pharmacologie.
 HUGUENIN. Anatomie pathologique.
 JOANNON. Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME. Obstétrique.
 LANTUEJOL. Obstétrique.

MM.
 LEMAIRE. Pathologie expérimentale.
 LEVEUF. Pathologie chirurgicale.
 LAROCHE (Guy). Pathologie
 Mlle J. LEVY. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU. Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN. Pathologie médicale.
 OBERLING. Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES. Obstétrique.
 RICHET. Physiologie.
 SANNIÉ. Chimie biologique.
 SÈNEQUE. Pathologie chirurgicale.
 TROISIER. Pathologie expérimentale.
 TURPIN. Pathologie médicale.
 VIGNES. Obstétrique.
 WILMOTÉ. Pathologie chirurgicale.

III. -- AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

M.
 ALGLAVE. Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET. Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.
 LEROUX. Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN. Physique.

IV. -- AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ	
AUBERTIN ...		CADENAT	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER..	
CHIRAY		MOCQUOT	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		SCHWARTZ	
HARVIER		VELTER	
LIAN			
PASTEUR-VALL			
RADOT			
SÉZARY			

MM.

GUENIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER	
LEVY-SOLAL ...	
METZGER	

V. -- CHARGÉS DE COURS

MM.

LEDOUX-LEBARD	Éducation physique.
CHAILLEY-BERT, agrégé	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre EBPf, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE.

Monsieur le docteur A. GOSSET

Professeur de clinique chirurgicale,
Chirurgien de l'Hospice de la Salpêtrière.
Grand officier de la Légion d'Honneur.

Qui a bien voulu d'accepter la
présidence de cette thèse.

Hommage respectueux.

A MON MAITRE

Monsieur le docteur EDMOND PAPIN

Chirurgien de l'hôpital Saint Joseph,
Officier de la Légion d'Honneur.

Cette thèse est dédiée

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE TIFLIS

A MON PREMIER MAITRE

A Monsieur le Docteur Alexandre Natichvili
Professeur d'anatomie à la faculté de Tiflis.

AU PRINCE ALEXIS MDIVANI

◊
Qui a permis aux nombreux étudiants
géorgiens d'achever leurs études.

Hommage et reconnaissance.

Avant-Propos

Le présent travail, qui a été fait entièrement dans le Service d'Urologie de l'Hôpital St-Joseph, a été commencé il y a quelques années ; mais par suite de nombreuses difficultés, indépendantes de ma volonté, il m'a été impossible de le publier plus tôt.

Avant d'aborder cette étude, il m'est infiniment agréable de rappeler ici ce que je dois à mon Maître Monsieur le Docteur Edmond PAPIN.

Outre l'inspiration de ce travail je lui doit toute mon instruction urologique. Maître exigeant mais juste, il a bien voulu me guider durant de longues années et m'initier patiemment à son art. Qu'il me permette de lui exprimer ici ma plus profonde gratitude.

Je tiens également à remercier le Docteur VERLIAC, l'éminent anatomopathologiste de l'appareil Uro-génital, ancien Chef de laboratoire à NECKER et le Docteur de BERNE-LAGARDE, Chirurgien adjoint à l'Hôpital Saint Joseph pour leur enseignement clair et précis.

Je me souviendrai toujours des années passées dans ce service où l'ambiance amicale m'a permis bien souvent d'oublier ma situation d'exilé.

Que tous ceux qui y ont contribué, Messieurs les Docteurs P. BORDAS assistant d'Urologie, Fr. BUSSE assistant à la Faculté de Paris, HUAS, CAILLET, GOIDIN et FRANÇOIS en particulier, trouvent ici mes remerciements sincères.

Historique

C'est à *Rayer* que revient le mérite d'avoir le premier décrit les tumeurs du bassin et de l'uretère ; sa trilogie des maladies du rein publiée en 1840-1841 restera la pierre angulaire de l'urologie.

Dans la première période des recherches, qui s'étend jusqu'à 1900, les auteurs ne rapportaient que des trouvailles d'autopsie, mais, grâce au progrès de la chirurgie, et surtout au perfectionnement des moyens d'investigations urologiques, le diagnostic préopératoire des tumeurs du bassin et de l'uretère devient possible et parfois même aisé.

En 1884, *Billroth*, le premier, constata l'existence d'un papillome après une néphrectomie pour tumeur du rein.

En 1892, *Jones* diagnostiqua une tumeur villeuse du bassin au cours d'une néphrotomie exploratrice, qu'il tâcha d'enlever au doigt ; mais 9 mois plus tard, il fut obligé de faire la néphrectomie pour récurrence, qui s'était manifestée par la réapparition des hématuries.

Battle en 1895 et *Drew* en 1897 pratiquèrent l'opération conservatrice, consistant dans le curettage de la tumeur du bassin. Ils durent recourir plus tard, à la néphrectomie secondaire.

En 1897, *Israël* fit la néphrectomie après la néphrotomie exploratrice, qui a permis de découvrir le papillome du bassin. La même année, *Cohlhardt* pratiqua une néphrectomie avec urétérectomie partielle. Il a fallu un demi-siècle pour parvenir à l'étude approfondie, tant théorique que pratique, de laquelle les noms d'*Albarran* en France et d'*Israël* en Allemagne sont inséparables. Ces deux auteurs sont arrivés à la même conclusion :

Ils ont séparé les tumeurs cavitaires de celles du parenchyme qui, jusque là, étaient confondues. Ils précisèrent la symptomatologie, qui se basait d'après eux sur l'examen des urines, les hématonéphroses intermittentes, qu'ils considéraient comme pathognomoniques et donnèrent les indications thérapeutiques.

Albarran en 1899, se basant sur l'analyse des urines recueillies par le cathétérisme du bassinnet, pose déjà le fondement du diagnostic. La même année avec *Le Dentu*, faisant le diagnostic des tumeurs de l'uretère, à l'aide du cystoscope, constate la « butée sanglante » et pratique la néphro-urétérectomie totale. L'addition de l'onglet au cystoscope qu'il réalisa avec le concours d'*Imbert*, a beaucoup facilité le progrès du diagnostic. En 1900, il recueille 12 cas des tumeurs de l'uretère, dont 2 personnels.

A la même époque, *Küster* rapporte 14 cas des tumeurs papillomateuses du bassinnet.

En 1901, *Israël* compte 2 cas de tumeurs du bassinnet sur 68 tumeurs rénales. Il démontre la valeur de l'hématurie, augmentée ou provoquée par le massage du rein, vérifiée au cystoscope.

En 1903, *Albarran* et *Imbert* réunirent 53 cas des tumeurs du bassinnet et de l'uretère.

En 1907, *Mioni* pratique la néphro-urétérectomie totale.

L'année 1907 marque un grand progrès de l'urologie : la pyélographie, imaginée par *Lichtenberg* et *Voelcker*.

En 1912, *Mock* rapporte 102 cas, dont 65 de tumeurs papillaires du bassinnet où il insiste sur la valeur diagnostique de la distension du bassinnet.

A la même époque, *Chevassu* et *Mock* décrivent la « butée sanglante », insistant sur sa valeur diagnostique.

Spiess, en 1915, dans un travail anatomo-pathologique, réunit 163 cas de tumeurs épithéliales du bassinnet et de l'uretère, dont 106 de tumeurs papillaires.

En 1924, *Thomas* et *Reynier* ont réuni 285 cas de tumeurs du bassinnet et de l'uretère.

Stricker, en 1926 trouve 175 tumeurs papillomateuses.

En 1931, *Chauvin* et *Cerati* réunissent toutes les observations de tumeurs épithéliales de l'uretère et in-

sistent sur la nécessité d'étudier séparément les tumeurs du bassin et de l'uretère. Le dernier *Congrès International d'Urologie* à Londres en 1933, dont le sujet a été l'étude des tumeurs du bassin, soutint la même opinion.

Faut-il étudier les tumeurs du bassin et de l'uretère séparément ou les considérer en bloc comme une entité morbide ?

Contrairement à l'opinion des auteurs précédents, nous avons entrepris l'étude d'ensemble des tumeurs papillaires du bassin et de l'uretère en nous basant sur les données embryologiques, physiologiques, symptomatologiques et thérapeutiques qu'elles exigent.

Nous sommes arrivés à réunir 383 cas de tumeurs papillaires des voies urinaires supérieures, dont 5 inédits.

La difficulté, aisément compréhensible de compiler les observations originales, nous a fait recourir aux résumés publiés dans les différents périodiques français et étrangers qui furent complétés, aussi soigneusement que possible, par la lecture de l'original, quand cela semblait nécessaire. Les travaux récents ont été lus en entier dans l'original.

Anatomie pathologique

Au point de vue histopathologique, les tumeurs papillaires se divisent en 2 groupes. Dans le premier, se rangent les tumeurs à structure typique — polypes ou papillomes bénins ; dans le deuxième, les papillomes atypiques — épithéliomas papillaires ou papillomes malins. Chacun de ces groupes englobe les tumeurs papillaires développées aux dépens de l'épithélium glandulaire : adénome et adénocarcinome papillaire. Bien que la question de l'existence des glandes dans le bassin et l'uretère soit encore discutée, la présence de ces tumeurs est un fait certain. Ces papillomes, qu'ils soient bénins ou malins, proviennent et se développent aux dépens des

tissus épithéliaux qui constituent le *primum movens* de ces néoformations.

Le terme « papillome » ou « polype », montrant aussi bien leur aspect microscopique que leur origine épithéliale, n'a pas trouvé une approbation unanime.

Virchow fut le premier à rejeter le terme « papillome », considérant que ces néoformations ont leur origine dans les tissus conjonctifs. Il proposa le nom de fibrome papillaire, ce que *Küster* plus tard appelait « *zotten polype* ».

Birsch Hirschfeld, au contraire, voyait leur origine dans l'épithélium.

Etant donné, que les tumeurs papillaires sont formées par deux tissus, qui proviennent des couches basales avec lesquelles ils se continuent, certains auteurs, particulièrement *Perlmann*, proposèrent de leur donner le nom de tumeurs fibro-épithéliales papillaires typiques et atypiques. A ce terme il y a peu de choses à reprocher, il n'a d'ailleurs qu'un intérêt uniquement théorique.

Dans cette tumeur constituée par deux tissus différents, c'est l'épithélium qui joue le rôle actif, qui se transforme et manifeste la première tendance à l'envahissement des tissus environnants en surface et en profondeur. C'est lui qui donne des métastases à distance. On n'a pas encore rencontré de papillome des voies urinaires en transformation sarcomateuse.

L'étude histologique et, l'évolution des tumeurs papillaires typiques et de celles en voie de dégénérescence maligne permet d'admettre que la transformation, dite maligne, n'est qu'une question de temps. Ce raisonnement nous fait rejeter la classification en papillome bénin ou malin pour les tumeurs papillomateuses des voies urinaires qui, peut-être, demandent à être classés à part.

Certains auteurs proposèrent la classification suivant l'évolution clinique des tumeurs.

Hrynthschack (1920), dans un travail anatomopathologique, arrive à la conclusion qu'on doit distinguer les papillomes du point de vue clinique : en papillomes malins, douteux et bénins. Si cette conclusion, résultant de l'étude de ces observations, est soutenable, il n'en est pas de même si l'on désire une classification suivant l'évolution.

La division proposée par *Haslinger* et *Mathen* sur le papillome à croissance lente ou rapide, nous paraît également inadmissible.

Il nous semble que la base de la classification des tumeurs papillaires doit être uniquement la structure histologique.

PAPILLOMES TYPIQUES.— Les papillomes typiques se divisent en 2 groupes : le papillome individualisé, siegeant sur la muqueuse saine, et le papillome présentant des amas confluents sur l'étendue plus ou moins grande de la surface du bassinnet ou de l'uretère :

Papillome unique	169 cas
Papillome multiple	68 cas
Papillomatose diffuse	21 cas

Les papillomes isolés apparaissent sous la forme la plus variable, mais ce qui les caractérise tous, c'est leur forme pédiculée. Les tumeurs papillaires et villeuses présentent des fines ramifications, ou sont d'aspect muriforme, de couleur rouge ou grisâtre, parfois parsemées de piquetés hémorragiques ou de points blancs, noirâtres, signe de spbacèle.

L'autre forme est la papillomatose diffuse ; la muqueuse du bassinnet et de l'uretère est couverte par des villosités fines, rappelant celles de l'estomac des ruminants. Elles sont tellement rapprochées qu'il est impossible de découvrir la muqueuse saine.

Cette évolution spéciale permet à certains auteurs de leur assigner un groupe particulier. Ils voient leur pathogénie dans l'inflammation chronique et donnent le nom de maladie villeuse, ce que les Allemands, en particulier *Spiess* en 1912 et *Brutt* en 1918, nomment la pyélite villeuse, ou la pyélite granuleuse des Américains *Braache* et *Patche*.

Si cette pathogénie est admissible dans les cas où l'antécédent inflammatoire est évident, elle l'est beaucoup moins quand cet antécédent n'existe pas.

SIEGE.— La tumeur papillaire peut siéger sur toute la surface, du calice au méat vésical, affectant à la fois un ou plusieurs segments des voies excrétrices.

Papillome du bassinot isolé dans	195 cas
» de l'uretère isolé dans	48 »
» du calice isolé dans	11 »
» » bassinot et de l'uretère dans	45 »
» » bassinot et de la vessie »	5 »
» » bassinot, uretère et vessie dans	13 »
» » bassinot et calice dans	8 »
» » calice et uretère »	1 »
» de l'uretère et vessie »	2 »

Dans le bassinot, le papillome siège le plus fréquemment :

autour de l'orifice urétéral	45 cas
dans la partie supérieure du bassinot	23 „
dans l'extrémité supérieure de l'uretère	3 „
dans l'extrémité inférieure de l'uretère	18 „
dans le tiers moyen de l'uretère	2 „
aux extrémités de l'uretère	2 „

Ainsi, on voit que le bassinot est plus souvent atteint que l'uretère.

Dans le bassinot, il se rencontre surtout dans la partie basse et notamment autour de l'orifice urétéral, puis dans sa partie supérieure, et enfin dans les calices.

Dans l'uretère, il se trouve le plus souvent dans le tiers inférieur.

Pour *Albarran* (1903) et *Spiess* (1912), le siège d'élection des tumeurs urétérales serait aux deux extrémités et aux points rétrécis.

Chauvin le trouve, par ordre de fréquence, dans le tiers inférieur, supérieur, puis moyen.

Le plus souvent, le papillome est unique. Plusieurs papillomes furent signalés par différents auteurs. Le cas le plus démonstratif est celui de *Bastos* (1921) qui trouva 4 papillomes de l'uretère, disposés en chapelet à quelques centimètres les uns des autres. *Albarran* et *Le Dentu*, 2 papillomes, etc..

Le nombre des papillomes n'a pas une grande valeur pratique.

STRUCTURE HISTOLOGIQUE. — Notre statistique montre :

120 cas de papillomes typiques
162 „ de papillomes atypiques (y compris les papillomes typiques en voie de dégénérescence maligne).
58 „ sans examen histologique.
6 „ d'adénopapillome typique.

- 5 „ d'adénocarcinome papillaire.
- 1 „ de papillome en transformation colloïde.
- 2 „ de kystadénome papillaire.
- 2 „ de papillome kystique.
- 6 „ de fibro-épithélioma papillaire.

Au point de vue structure, ce sont presque toujours des tumeurs villeuses. La charpente de cette tumeur est formée par un axe conjonctif ramifié en continuité directe avec le chorion de la muqueuse du bassin et de l'uretère. Il n'est pas rare de voir sur les coupes du pédicule quelques fibres musculaires lisses disparaissant bientôt vers la périphérie. La sous-muqueuse en cet endroit est richement vascularisée. L'axe conjonctif couvre les vaisseaux à paroi mince et dilatés. Vers la périphérie, l'axe conjonctif s'amincit progressivement puis disparaît, et le capillaire central entre en contact direct avec l'épithélium de revêtement.

Le revêtement épithélial est constitué par plusieurs couches de cellules cylindriques. *Chauvin* en 1931, a observé dans un cas quinze couches. Les cellules sont régulièrement disposées en « palissade ». La couche profonde des cellules épithéliales cylindriques est couverte par les couches cubiques qui s'aplatissent de plus en plus vers la surface.

Les couches supérieures de l'épithélium peuvent se desquamer et laisser l'axe de villosité à nu.

Cet épithélium de revêtement est en continuité directe avec l'épithélium normal du bassin et de l'uretère.

Le caractère essentiel du papillome typique réside :

- 1° Dans la disposition régulière des cellules.
- 2° Dans l'identité de son épithélium avec celui de la muqueuse normale.
- 3° Dans la limitation à la sous-muqueuse, sans tendance de pénétration vers la couche profonde.

TUMEURS PAPILLAIRES ATYPIQUES— Macroscopiquement, l'épithélioma papillaire ressemble beaucoup au papillome typique.

Ils peuvent être pédiculés ou sessiles, à large base d'implantation.

La forme du pédicule servait aux auteurs anciens, à

différencier les tumeurs malignes des bénignes. Les pédicules fins plaident en faveur de la bénignité, mais on sait actuellement combien ce signe peut être trompeur.

Quant au pédicule large, il témoigne d'une malignité certaine.

L'épithélioma papillaire est moins vilieux et d'une consistance plus dure que les papillomes typiques. La muqueuse autour du pédicule est infiltrée tandis qu'elle est souple dans les typiques.

Microscopiquement, les tumeurs papillaires atypiques sont des épithéliomas cylindriques. La variation de la structure de cet épithélioma est si grande qu'il est impossible d'en donner le type. Le plus souvent, ce sont des papillomes typiques, en voie de dégénérescence maligne plus ou moins avancée. Cette transformation qui commence, généralement, à la base d'implantation, peut être au début tellement fruste qu'elle échappe facilement à l'observateur. La structure morphologique des couches pavimenteuses et des cellules qui les composent peuvent rester d'aspect normal, tandis que les éléments intra-cellulaires donnent des signes de transformation maligne. C'est le noyau qui, dans certaines cellules, devient d'abord foncé, puis suit le protoplasma. L'effondrement de l'épithélium ne survient que plus tardivement. Dans certains endroits, la tumeur peut conserver sa structure typique, c'est pourquoi, on peut plutôt prendre le papillome atypique pour la tumeur typique, mais non l'inverse.

Dans la partie non papillaire, la tumeur a l'aspect d'un épithélioma cylindrique, en voie de transformation colloïde ou autre. Sur les coupes on voit de nombreuses cellules en pleine activité entre lesquelles on aperçoit des hématies, des leucocytes ou des globules graisseux.

— Suivant l'activité des cellules, les auteurs américains, en particulier, *Broders*, proposèrent leur division en quatre groupes, qui nous semblent sans réel intérêt pratique, et, sur lesquels nous ne nous étendrons pas.

Les adénomes ou adénocarcinomes papillaires sont des tumeurs rares ; nous n'en trouvons que 11 cas ; ce sont des tumeurs pédiculées à surface régulière et unie. Leur structure histologique révèle l'aspect tubulé. Ces tubes ramifiés, formés parfois d'un épithélium prismatique, s'ouvrent à la surface de la tumeur. Ces tubes peuvent se

transformer en kystes dont l'épithélium se desquame. Le stroma de la tumeur est formé d'un tissu conjonctif. *Chauvin* et *Cerati* (1931).

Un des caractères particuliers des papillomes du bassin et de l'uretère est la tendance à donner des greffes et à récidiver. Le cas derécidive à proprement parler se voit très rarement, excepté au niveau de la vessie, après fulguration. C'est surtout dans la première période, jusqu'à l'année 1900 qu'elle était observée : le cas de *Jona* (1892) où le papillome du bassin récidivait 9 mois après le grattage au doigt. *Battle* 1895 et *Drew* 1897 : papillome récidivant après le curetage ; *Albarran*, dans la loge du rein enlevé.

Parmi les observations modernes un cas analogue ne se rencontre pas.

Par greffes et récidives on entend la formation de tumeurs secondaire constatée après l'opération. La greffe papillomateuse se produit dans l'uretère restant, dans la vessie ou dans les deux, en même temps ou successivement.

Récidive dans l'uretère isolé	19
Récidive dans la vessie isolée	27
Récidive dans la vessie et dans l'uretère	46

L'aspect de ces greffes est assez variable : tantôt ce sont de petits polypes villex isolés ou en amas ; le volume est variable et ils peuvent être pédiculés ou sessiles ; tantôt, sous forme de papillomatose diffuse, elles occupent toute la surface de l'uretère. Dans ce cas l'uretère offre un aspect caractéristique : il augmente de volume, pouvant atteindre le diamètre de l'intestin grêle, il est élastique, renitamment et même fluctuant, lorsqu'il est rempli d'un liquide séro sanglant. Son isolement, parfois, est relativement facile, malgré la périurétérite qui l'accompagne. La localisation des greffes à l'orifice urétéral est plus fréquente ; ici le polype s'implante soit à l'intérieur de l'uretère, soit sur une de ses lèvres ou sur la paroi immédiatement voisine. Dans le premier cas le polype, tout entier ou en partie, fait hernie dans la vessie.

LA GREFFE VESICALE.— Le plus souvent la greffe siège autour de l'orifice du rein ou de l'uretère affecté, mais, on peut la trouver du côté opposé, comme dans le

cas de *Mac Cown* en 1920. Elle peut s'implanter sur le trigone et le col vésical. Ces greffes vésicales ont l'aspect typique des tumeurs villeuses de la vessie ; elles sont très rebelles au traitement. La greffe vésicale peut être isolée ou associée avec celle de l'uretère.

En général les greffes se produisent de haut en bas : cependant *Macdonald* 1921 et *Haslinger* 1926 prétendent avoir observé la greffe dans le bassin secondairement à la tumeur papillaire de la vessie. Dans le premier cas le malade présentait un gros rein et des hématuries depuis 7 ans. Ablation d'un polype de la paroi vésicale droite. La néphrectomie faite 4 mois plus tard montre une hydro-néphrose avec un papillome bénin. *Haslinger* fait la néphrectomie avec urétérectomie chez un malade opéré 6 mois auparavant pour un papillome de l'orifice urétéral qui montrait les signes de dégénérescence maligne.

Le cas de *Grauhan* publié en 1922 est analogue ; il s'agissait dans ces cas, croyons nous, du papillome primitif du bassin plutôt que d'une greffe ascendante.

Quel est le mécanisme de production de ces greffes ?

La propagation par continuité fut la théorie soutenue par *Albarran*. La propagation se fait par la voie lymphatique et nous avons trouvé 26 cas où cette voie est évidente dans l'envahissement secondaire du rein et des ganglions. La théorie de la dissémination est presque généralement admise ; elle consiste dans la greffe directe produite par des débris tumoraux amenés par le courant urinaire. Cependant le cas de *Paschkis* et *Pleschner* publié en 1920 est assez démonstratif pour battre en brèche cette thèse ; il s'agissait d'une tumeur urétérale enclavée dans l'orifice, qui, après la néphro-urétérectomie subtotale diminua et finalement disparut, ce qui fut ultérieurement contrôlé par plusieurs cystoscopies.

L'apparition précoce des greffes, surtout sous forme de tumeurs papillaires typiques, permet de supposer que celles-ci existaient déjà au moment de la première intervention, et qu'elles pourraient se développer même spontanément. Dans ce cas on ne pourra pas considérer ces tumeurs indépendantes comme des récidives et leur évolution postopératoire est plus aisément explicable.

Max Grauhan en 1922 a observé des formations mic-

croscopiques sur la muqueuse de l'uretère apparemment saine.

En règle générale, les tumeurs papillaires secondaires ont la même structure que les primitives ; cependant on a observé qu'une tumeur papillaire primitivement bénigne pouvait donner des greffes nettement malignes et inversement.

Pour certains auteurs, la papillomatose diffuse secondaire est considérée comme maligne, cependant, nous avons trouvé l'observation de *Marion* de 1922 où leur bénignité est indiscutablement démontrée.

E t i o l o g i e

L'étiologie des tumeurs papillaires du bassinet et de l'uretère est aussi obscure que celle des autres tumeurs de l'organisme. Toutes les théories sur les formations néoplasiques ont été invoquées.

AGE.— Le papillome n'épargne aucun âge depuis l'enfance jusqu'à l'âge très avancé. *Thomas* et *Regnier* ont opéré une fillette de 3 ans et demi porteuse d'un épithélioma papillaire du bassinet. Le malade le plus âgé est de 89 ans.

Toutefois jusqu'à l'âge de 30 ans on le trouve rarement, surtout chez les femmes (2 femme contre 17 hommes). C'est après 30 ans que le nombre augmente progressivement pour décroître après la soixantaine. Au delà de 70 ans le nombre des femmes est trois fois supérieur à celui des hommes (18 femmes contre 6 hommes).

Il est difficile de tirer la conclusion des statistiques telles qu'on les pratique, car elles indiquent l'âge des malades au moment de la première consultation et non au début des maladies elle-mêmes. Nombreuses sont les observations où depuis le premier symptôme s'écoulent plus de 10, 15 et 20 ans. Voici quelques exemples pris au hasard : *Busse* (1900) hématurie depuis 20 ans ; le ma-

lade d'*Escat* en 1922 âgé de 68 ans, présentait des douleurs depuis sa jeunesse ; celui de *Hatfield* en 1924, depuis 14 ans. *Hunt* en 1927 parle de coliques depuis 11 ans ; le malade de *Roberts* et *Morgan* 1870 et celui de *Kraft* (1923) depuis 10 ans ; *Godart* et *Gautier* (1928) depuis 15 ans, etc...

SEXE.— Les hommes sont plus souvent frappés par cette affection. Notre statistique montre chez eux une fréquence presque 3 fois supérieure à celle des femmes : pour 272 hommes, 103 femmes.

A g e	S e x e		A g e	S e x e	
	Femmes	Hommes		Femmes	Hommes
de 1 à 5 ans	1	—	46-50	11	46
6 à 10	—	1	51-55	14	36
11 à 15	—	1	56-60	20	40
16 à 20	—	2	66-65	14	39
21 à 25	1	6	66-70	9	19
26 à 30	—	8	71-75	11	5
31 à 35	3	22	76-80	3	1
36 à 40	5	19	81-85	2	—
41 à 45	7	27	86-90	2	—
T o t a l				103	272

Chauvin et *Cerati* (52) trouvent 50 hommes et 40 femmes. « On ne conçoit d'ailleurs pas, disent ils, quelle raison pathologique permet de prédisposer un sexe en particulier, pour l'explosion de semblables tumeurs ». On pourra peut-être trouver une raison de cette fréquence chez les hommes dans le développement de l'industrie chimique ; plus d'une fois on a signalé l'influence néfaste de l'aniline et de ses dérivés sur le développement du cancer des voies urinaires.

COTES.— Les côtés sont frappés dans les proportions presque égales avec une légère prédominance du côté droit

C ô t é						
	Gauche	%	droit	%	bilaté- rale	%
Femmes	35	43,2	44	54,3	2	2,5
Hommes	119	52,9	102	45,3	4	1,8

chez la femme et du côté gauche chez l'homme. Dans 6 cas nous avons trouvé des tumeurs papillaires bilatérales, dont deux chez la femme.

TRAUMATISME. — Il faut distinguer le traumatisme externe et le traumatisme interne. Il est difficile d'incriminer le traumatisme externe dans la production de cette tumeur, car il est rare de trouver un sujet n'ayant jamais subi un traumatisme quelconque. On sait avec quelle facilité l'uretère des femmes est sujet au traumatisme au cours des opérations sur les organes génitaux ; nous n'avons pas trouvé un seul cas où le papillome ait été découvert après l'hystérectomie.

Le rôle du calcul dans la formation des tumeurs du bassin et de l'uretère est le sujet de nombreuses discussions. *Albarran* (10) fut le premier à attribuer un grand intérêt à « cette circonstance étiologique digne de remarque »... « cette fréquence considérable des concrétions pierreuses, disait-il avec *Imbert*, fait penser que le calcul par l'irritation chronique qu'il détermine joue un rôle dans le développement des néoplasies épithéliales ». Pour lui le cancer se grefferait sur la leucoplasie résultant de l'inflammation chronique. L'opinion autorisée d'*Albarran* a trouvé de nombreux adeptes : *Metcalfe* et *Safford* (281), *Nicolitch* (305), *Mock* (289), *Adler* (2), *Pavone* (321), *Posner* (338), *Oraison* (34), *Madalw*, *Stevens* (391), *Kummel* (214), *Day Fairchild* et *Martin* (79), *Pascual* (325), *Van Den Branden* (418) et autres. *Chauvin* adopte cette théorie en ce qui concerne le papillome du bassin mais non de l'uretère.

Par contre *Taddei* (405), *Ravasini* (343), *Kretchmer*, *Pousson* (337), *Legueu* (228), *Hyman* (161), *Aschner* (14), *Gorache* (127) et autres ne croient pas à la possibilité de formation de papillome par l'irritation calculeuse, mais au contraire, pour eux, le calcul serait secondaire au papillome.

Scholl (375) non plus ne croit pas que le calcul puisse jouer un rôle important dans la formation des papillomes, pour lui la même cause pourrait provoquer la formation du papillome et l'apparition du calcul.

Israel (164), dès le début, les considérait comme deux formations indépendantes.

La fréquence du calcul varie suivant l'opinion des auteurs ; *Albarran* le trouvait dans 16,2% des cas, *Taddei* dans 6,6%, *Derevenko* trouve des antécédents lithiasiques dans 18% des cas, *Corache*, en ce qui concerne le papillome du bassin, dans 3,7%, *Miller* et *Herbest* 19%, *Thomas* et *Regnier* 5%. Nous les trouvons dans la proportion de 8,5% : 32 cas sur un total de 383.

ANALYSE DES CAS.—Dans un seul cas la bassinette présentait l'altération, rappelant à peine la leucoplasie, encore qu'aucun antécédent calculeux ne fut signalé (*Goddart* et *Gautier* 1928.) Ces irritations continuelles, par intermédiaire de l'inflammation chronique qu'elles déterminent, ne peuvent à elles seules servir à l'étiologie des papillomes ; car on observe rarement les papillomes se greffant sur une vieille pyélite à type colibacillaire.

Un autre aspect d'inflammation chronique est celui de la tuberculose ; et cependant, la coexistence du papillome et de la tuberculose est un fait exceptionnel. Nous ne trouvons que 2 observations où le B. K. fut découvert : *Matzuoka* en 1903 l'a observé dans la poche hydro-hématique contenant le papillome ; *Laffitte* et *Saint Paul* en 1932 l'ont observé une seule fois, plusieurs recherches ultérieures n'ayant abouti à rien.

Nos recherches nous permettent de tirer la conclusion suivante : le calcul ne peut être incriminé dans la formation des papillomes car on voit fréquemment l'incrustation des tumeurs de *Kerven* 1919, *Rayer* 1840. Le cas de *Garcourt* 1924 est particulièrement intéressant : le papillome fut découvert sous la couche calcaire à tel point qu'on l'a pris pour un calcul et on se contenta de la pyélotomie simple.

L'observation d'*Escat* met en évidence le développement indépendant du calcul et du papillome. On pourrait encore interpréter ce cas en faveur d'une lithiasie secondairement développée par incrustation des débris tumoraux ou d'un petit caillot sanguin incarcéré dans le diverticule de l'uretère.

Le cas de *Le Dentu* et *Albarran* (225) peut être considéré comme un des exemples de calcul secondaire ; dans ce cas le petit calcul était emprisonné dans les franges papillaires.

Hadfield (140) trouve un calcul dans l'intérieur du papillome. Le malade de *Thomson* (1885) présente des calculs dans les deux plus larges calices, un papillome de la grosseur d'un pois et rien ne peut prouver que le calcul éliminé 8 jours plus tard provint du côté opéré.

Plus difficiles à expliquer sont les cas de *Nicolitch* 1905, *Gioia* 1924, *Scholl* et *Foulds* 1924, *Viannay* 1924, *Melicow* et *Findley*, 1932, où le papillome siège à côté du calcul.

Dans les cas de *Fenwick* 1903, *Volante* 1927 le calcul paraissait être antérieur au papillome, mais rien ne prouve son influence sur la genèse du polype.

Par contre, nous avons actuellement un malade hospitalisé à l'Hôpital St-Joseph qui présente un calcul assez volumineux à droite et un papillome inopérable du côté gauche. Le cas semblable fut présenté par *Dos Santos* au congrès international d'urologie en 1933.

Ces derniers faits prouvent le développement spontané de ces deux affections. Si en effet le calcul jouait le rôle qu'on lui assigne, le papillome devrait s'observer beaucoup plus souvent, surtout dans le calcul récidivant après les opérations conservatrices ; dans quelques cas rares le diagnostic de calcul fut porté dans le papillome du bassinot où en réalité le calcul n'existait pas : ce sont les cas de *Mecker* et *Mac Carthy*, *Brutt* 1918, *Von Barcoch* 1902.

Cette analyse brève nous permet de conclure que le calcul se développe, soit spontanément, soit par incrustation progressive des débris tumoraux et des caillots sanguins dans le milieu septique de la poche hydronéphrotique inerte. Dans les 2 cas leur formation doit être favorisée par l'état biochimique spécial des humeurs de l'économie, dont la composition exacte nous échappe encore.

THEORIE CONGENITALE. — Dans la formation papillaires de la vessie *Legueu* voyait une prédisposition congénitale. « La muqueuse vésicale, disait-il, quand elle prolifère, donne naissance à des franges papillaires et ce caractère qu'elle tient de son origine allantôidienne est si général que presque toutes les tumeurs de la vessie sont villeuses ».

Morogna 1014 et plus tard *Judd* pensent que le papillome provient d'inclusions ectodermiques aberrantes, créées durant la période de développement, et réveillées par une cause inflammatoire ultérieure.

Escat (95) croit que les papillomes du bassinet constatés le plus souvent dans les hydronéphroses géantes paraissent s'être développés secondairement dans une poche congénitale, soumise à une irritation constante. Il va plus loin encore en disant que l'hydronéphrose congénitale pouvait favoriser également les autres tumeurs du rein. Il est malaisé d'expliquer comment un petit papillome du calice pourrait provoquer une hydronéphrose. Cette malformation congénitale associée aux papillomes fut déjà remarquée par *Albarran* et *Jeanbreau*. Nous avons trouvé sept cas accompagnés de malformations congénitales : 2 diverticules de l'uretère (*Escat* 1924) et de *Jona* 1894. *Nelsen* 1888. *Chauvin* 1931 les uretères doubles ; le rein en fer à cheval de *Morday* (229). En effet si on réunit toutes les malformations y comprises les hydronéphroses congénitales, le nombre devient important. Il est difficile d'expliquer la présence des papillomes distants les uns des autres autrement que par la prédisposition congénitale.

Symptomatologie

La symptomatologie des néoplasmes primitifs du bassinet et de l'uretère et notamment des tumeurs papillaires ne diffère de celle des tumeurs du parenchyme rénal que par quelques particularités parfois malaisées à mettre en évidence.

La triade des symptômes cliniques, l'hématurie, la douleur et la tumeur, est la même que dans le cancer du rein.

Sur 383 observations réunies dans la littérature, y

compris les cinq observations inédites, les symptômes cliniques sont décrits d'une façon plus ou moins détaillée dans 355 cas.

La statistique montre que l'hématurie représente le signe le plus fréquent, elle est, en effet, notée dans 327 cas, ce qui représente 91,8%, tandis que la douleur ne se rencontre que 195 fois, soit dans 54,9% des cas, et la tumeur dans 116 cas, ce qui représente 32,4%.

L'hématurie peut être la seule manifestation du mal ou coexister avec les deux dernières.

	F.	H.	Sans indications	Total
Hématurie seul symptôme .	24	88	4	116
Hématurie et douleur	31	81	2	114
Hématurie et tumeur	5	26	1	32
Hématurie douleur et tumeur	17	48	—	65
Douleur et tumeur	3	6	—	9
Tumeur seule	5	5	—	10
Douleur seule	2	4	1	7
Phénomènes vésicaux	1	1	—	2
T o t a l . .	88	259	8	355

Pour *Dozsa* (85) elle se présenterait isolée dans 10% des cas.

La présence de la triade pour toutes les tumeurs du bassin serait d'après *Gorache* de 8%.

L'hématurie, tout en étant le signe le plus constant, peut parfois faire défaut ; nous avons recueilli 28 observations où elle n'est mentionnée à «aucune période» ce qui représente un peu moins de 8% des cas.

Chez les femmes l'hématurie est plus rare, mais cette rareté n'est qu'apparente ; il faut en effet prendre en considération la situation et l'anatomie de leur urètre. Ne se voyant pas uriner elles peuvent attribuer le sang aux règles irrégulières ; en outre, le caillot mince peut passer inaperçu à travers l'urètre large et court.

La fréquence de l'hématurie varie suivant les auteurs et le caractère histologique des tumeurs.

Spiess { 74% (pap. typique du bassin et de l'urètre).
86% (tum. pap. atypiques et non pap. du bassin et de l'urètre).

<i>Meltzer</i>	{ 70% (pap. typiques).
	{ 50% (non papillaires).
<i>Gorache</i>	87% (dans toutes les tumeurs du bassin).
<i>Paris</i>	100% (des tumeurs papillaires du bassin).
<i>Dozza</i>	96% (des tumeurs papillaires du bassin).

Dans le cancer du rein l'hématurie est d'observation fréquente, ainsi que le montre le tableau emprunté à *Lecene et Wolfromm*.

Pour EBSTEIN	elle serait de	48	%	des cas
» MARION	» » »	70	»	» »
» ISRAEL	» » »	92	»	» »
» LECENE	» » »	67	»	» »
» MONTE	» » »	38	»	» »
» ROLATS	» » »	53	»	» »
» ROHRER	» » »	32	»	» »

Ces deux tableaux montrent que les tumeurs papillaires sont plus hémorrhagiques que les tumeurs rénales et les tumeurs non papillaires du bassin et de l'uretère. Le chiffre 91,8% représente le nombre global des cas avec hématurie.

Voyons maintenant quelle est la forme histologique des tumeurs papillaires qui donne lieu le plus fréquemment à ce signe.

D'après notre statistique, l'hématurie s'observe le plus souvent dans les cancers papillaires et les papillomes en voie de dégénérescence maligne (réunis ensemble), soit dans 96% des cas. Pour les papillomes typiques la proportion est moindre, soit 94%. Dans les adénocarcinomes papillaires, 80% des cas. Dans les adénopapillome papillaires, 75% des cas. On peut donc conclure que l'hématurie est notablement élevée au cours de l'évolution des deux premières formes.

A la même conclusion sont arrivés *Albarran et Imbert* (10) en 1903 en cherchant la fréquence de l'hématurie d'après la nature histologique des tumeurs du parenchyme rénal. Ils ont trouvé ce symptôme dans 73% des cas dans les épithéliomas du rein et 46% dans les adénomes.

Comme dans les néoplasmes du parenchyme rénal, l'hématurie des tumeurs papillaires est souvent la première manifestation du mal. *Israel* (164) la trouva dans 87% des cas de toutes les tumeurs du rein.

Mock (289) la trouve de 41% dans toutes les tumeurs du bassin.

Chapplain (57) de 65% dans les papillome de l'uretère.

Day Fairchild et *Martin* (79) de 70% des cas dans toutes les tumeurs de l'uretère : et plus souvent encore dans les papillomes.

Pour nous, elle varie de 50% à 70,6%, (suivant que nous sommes en présence de la symptomatologie complète ou non).

	Premier symptôme en %			En même temps en %		
	H	D	T	H+D	H+D+T	H+T
Hématurie Doul. et Tum.	50	25	3,6	17,5	3,6	—
Hématurie et douleur	60	20	—	20	—	—
Hématurie et tumeur	70,6	—	6	—	—	—

PATHOGENIE DE L'HEMATURIE.— La fréquence de l'hématurie s'explique par la situation cavitaire des tumeurs papillaires et par leur structure histologique. Le saignement résulte de la rupture de capillaires et son abondance sera en rapport direct avec le calibre et le nombre des vaisseaux rompus. D'autre part on peut supposer que l'hématurie se produit par un phénomène analogue à celui qu'on observe dans les tumeurs du parenchyme rénal, comme le pensait *Albarran* pour certaines hématuries néoplastiques. Dans ce cas ce ne serait pas, d'après cet auteur, la tumeur elle-même qui donne lieu à l'hématurie, mais le parenchyme congestionné et même l'hydronéphrose fréquemment observée. L'hémorragie se produit, soit par éclatement des capillaires sous pression, du à la stase sanguine dans les villosités ramifiées, dont les capillaires sont mal protégés, voir même, démunis de l'épithélium ; soit par détachement d'une villosité ou de toute une branche de la tumeur, comme dans le cas de *Reschke* 1924, *Godart* et *Gautier* 1928 et d'autres. Ces détachements peuvent survenir

spontanément par la sphacèle (cas de *Reschke* 1924, *Dozsa* 1927), ou à la suite de différents accidents.

Parmi les accidents, un choc, parfois minime, ou une chute sur la région rénale, donnent lieu à des hémorragies assez importantes. *Poll*, en 1899, fut le premier à signaler la chute comme cause de l'hématurie. Pour certains auteurs, comme *Beomingaus* et *Voelcker* (232) et autres, ce détachement des villosités peut même se produire sans cause apparente par seule contraction brusque du bassin. Peut être pourrait-on expliquer par ce fait l'hématurie des malades de *Montenegro* et *Quintava* 1926 et celui de *Mock* 1912. Le premier saignait toutes les fois qu'il faisait des efforts ; le second après la fatigue (le malade était un ouvrier) ; de même le malade de *Day Fairchild* et *Martin* 1925. Celui de *Mac Kenzie* et *Max Retner* 1932, après les voyages en auto.

L'effet du massage de la région rénale est assez connu, d'ailleurs, nous en parlerons dans le chapitre cystoscopie.

Nous n'envisagerons pas ici, bien entendu, les cas où il y a coexistence de tumeur papillaire et de calcul ; le calcul dans ce cas pourrait à lui seul déclencher l'hématurie.

CARACTERES DE L'HEMATURIE. — L'hématurie est totale, colore uniformément les urines durant toute la miction du début jusqu'aux dernières gouttes ; bref, l'épreuve des trois verres de *Guyon* est positive. Cette épreuve, considérée comme classique, comporte parfois des exceptions ; déjà *Albarran* avait montré que l'hématurie rénale pouvait être du type vésical et, inversement, l'hématurie provenant de la vessie revêtir le caractère rénal. Le malade de *Marion* 1919 en fournit la preuve : il présentait une hématurie terminale ; il en est de même dans les cas rapportés par *Jeanbreaux* et *Etienne* en 1912 et par *Everet* et *Angle* en 1924.

Hématurie par crises	39
» Continue	12
» Intermittente	38
» Abondante	50
» dont avec caillots	28
» Légère	12
» Microscopique	9
» Douloreuse	55
» Provoquée	16
» Terminale	3

Le saignement est spontané et sa disparition le plus souvent est brusque sans subir une atténuation progressive. Il n'est modifié ni par le repos ni par le mouvement. D'après *Mock* (289) le repos au lit pourrait même parfois l'exagérer. Ce caractère de spontanéité qui est un bon signe en faveur d'un néoplasme rénal est loin d'être constant.

Le cas de *Gargourt* 1924 et d'autres calculeux ne rentrent pas dans cette catégorie.

En 1901 *Israel* insista sur l'hématurie provoquée ou exagérée par le massage ou la palpation de la région du rein suspect, même pratiqués avec douceur. Plus tard, en 1908, *Tadei* reprit la question et s'efforça le démontrer la valeur de ce phénomène ; l'hématurie ainsi provoquée fut notée par *Reynolds* 1904, *Mioni* 1907, *Schaudig* 1924, *Morogna* 1914. Le rein du malade de *Perlmann* 1926, ne sécrétait plus d'urine, le massage exagérait le saignement déjà existant ce qui fut contrôlé au cystoscope. Ce signe également comporte des exceptions et peut s'observer au cours d'autres maladies du rein. Nous avons observé à deux reprises différentes ce phénomène chez un malade porteur d'un cancer du rein.

Albarran et après lui ses élèves ont montré l'importance de l'hématurie provoquée par le cathétérisme et la distension du bassin. *Mock* en 1912 dans sa thèse inaugurale insista sur la valeur de cette forme d'hématurie dans le diagnostic des tumeurs du bassin.

Le signe de « buttée sanglante » de *Chevassu* et *Mock* est observé après eux par de nombreux auteurs : *Marion* 1914, *Beer* en 1921, *Day Fairchild* et *Martin* 1925, *Judd* et *Stuthers* 1921, et autres. En 1927, *Mock* présenta un cas dans lequel l'hématurie provoquée par la distension du bassin lui a permis de porter le diagnostic confirmé par l'opération. En effet ces deux derniers phénomènes sont les meilleurs signes de probabilité que peut donner l'hématurie en faveur des tumeurs intramurales.

L'inconstance de ces phénomènes d'une part, et, d'autre part leur présence au cours d'autres maladies nous recommandent de les admettre sous une certaine réserve.

L'hématurie survient souvent par crise, sur 262 observations ce caractère est indiqué dans 39 cas, ce qui

représente 18%. Les crises se reproduisent à des intervalles plus ou moins rapprochés et de durées variables. Le malade de notre observation IV a eu plusieurs crises durant deux ans et demi ; le même phénomène s'observe chez les malades I et III.

La fréquence des crises est très variable. Le pissement de sang peut se montrer une seule fois et ne plus se reproduire qu'après un temps parfois très long. Chez le malade de *Malherbe* et *Vignard* (262) la première hématurie remonte à dix huit ans, chez celui de *Godard* et *Gautier* 1928 à 13 ans et depuis 2 ans elles sont devenues plus fréquentes. Celui de *Hunt* 1927, hématurique depuis dix-huit mois, a eu sa première crise onze ans auparavant. Le malade de *Jeanbreau* et *Etienne* 1912 a des hématuries depuis quinze ans survenant par crises aux intervalles réguliers.

En règle générale plus la maladie évolue, plus les crises deviennent rapprochées, augmentent de durée et d'intensité, pour devenir finalement continues. Nous avons trouvé ce dernier caractère dans 16 observations, soit dans une proportion de 17% des cas.

Pendant les crises l'hématurie est souvent intermittente, une miction claire fait suite à une sanglante ou inversement. On peut se rendre compte durant une seule journée de cette allure capricieuse en recueillant dans des verres chacune des mictions et en les rangeant dans l'ordre où ils auront été remplis. De même l'intermittence peut être de date ancienne, cas de *Busse* 1900 depuis vingt ans, celui de *Everet* et *Angle* 1924 depuis dix ans, etc.

L'abondance de l'hématurie est très variable, depuis l'hématurie microscopique jusqu'à l'hématurie menaçante.

La recherche de l'hématurie microscopique était déjà recommandée par *Guyon*, et il lui attachait une grande importance. Pour *Israel* 1901 et *Tadei* 1908 elle doit être recherchée dans tous les cas où existent des antécédents hématuriques. *Israel* trouve des hématuries microscopiques 15 fois sur 68 tumeurs rénales, *Mock* dans 47% des cas. Dans les observations plus récentes, elle est signalée par *Judd* et *Starr* 1922, *Gorache* 1930, *Mac Cown* 1930.

Quand l'hématurie est légère, même si elle survient fréquemment, elle n'influe pas sur l'état général, phénomène depuis longtemps remarqué par *Guyon*. Par contre on cite des cas où l'hématurie abondante et fréquemment répétée était la cause d'une anémie profonde contre indiquant l'intervention ou bien au contraire forçant la main du chirurgien.

L'hématurie foudroyante emporta le malade de *Walker* 1895, de *Binder* 1910, *Jacobson* 1924 avant l'intervention.

Le malade de *Mac Cown* (252) succomba à une hématurie profuse quatre ans et demi après la néphrectomie, hématurie probablement due à une récurrence urétérale ou vésicale, (l'autopsie n'ayant pas été pratiquée). *Bissel* en 1924 a dû pratiquer la transfusion du sang avant l'opération. Cette hématurie est parfois très difficile à arrêter et les différents hémostatiques n'ont qu'un effet médiocre. *Jeanbreau* et *Etienne* en 1912 ont dû recourir aux différents hémostatiques pendant plusieurs jours.

L'abondance de l'hématurie ne dépend pas de la nature histologique du papillome comme nous l'avons vu plus haut ; elle ne dépend pas non plus du volume de la tumeur : un énorme papillome de *Godard* et *Gautier* 1928 ne saignait que très légèrement, tandis que les petits papillomes, cités dans de nombreuses obs. ont provoqué des hématuries importantes.

En dehors des crises, l'hématurie peut prendre une allure continuelle ; une fois produite, elle ne s'arrête plus. Bien que réduite dans son intensité, elle se complique de temps à autre de forts saignements : comme dans le cas de *Kohlhardt* 1897, *Nicolitch* 1905, *Ravasini* 1907, *Derevenko* 1908, *Picot* 1912, *Marion* 1914, *Scholl* 1924, *Day Fairchild* et *Martin* 1925, *Paris* 1930 observations I et II.

En règle générale elle est silencieuse, indolore, survenue la nuit, elle peut passer inaperçue ; toutefois dans 32 cas on a noté des hématuries douloureuses, surtout dans le cas des hématuries abondantes.

La couleur varie suivant l'abondance de l'hématurie, s'il n'y a que peu de sang, l'urine prend un aspect de « lavure de chair », quant au sang pur il est rouge vif,

parfois sombre « jus de pruneaux » (*Jeanbreau* et *Etienne* 1912). *Key* en 1923 note un malade avec des urines « chocolatées » et qui devenaient de plus en plus foncées. On observe même des urines noirâtres *Hunt* 1927, *Chauvin* et *Cerati* 1930. Observation inédite N° 1. La couleur noirâtre dépendra du séjour plus ou moins long du sang dans le bassinnet ou dans la vessie.

L'hématurie est souvent accompagnée d'élimination de caillots. Les caillots peuvent être sous forme de grumeaux ou vermiculaires caractéristiques des hématuries réno-urétérales quand ils sont minces et longs de plus de 10 centimètres. *Morice* (79) dit en avoir observé un long de 29 pouces. Les caillots courts de moins de 8 centimètres peuvent se former dans l'uretère. La présence des caillots vermiculés, quelle que soit leur longueur, dans les urines claires, indique qu'ils proviennent de l'uretère. Les fortes hématuries, donnant lieu à la formation des caillots, provoquent parfois la rétention aiguë de la vessie ; nous l'avons observée une fois chez une femme (cas rare). Les cas semblables sont ceux de *Murchinson* 1870, *Mock* 1912, *Key* 1923, *Saleras* 1924. Tous ces malades étaient des hommes. *Suter* en 1913 et *Hofmann* en 1916 ont dû recourir à la cystostomie pour évacuer le caillot.

D o u l e u r

La douleur est un symptôme assez fréquent au cours de l'évolution des tumeurs du bassinnet et de l'uretère.

D'après *Gilbert* et *Regnier* elle s'observe dans 14% des cas. Pour *Gorache*, dans 44% des cas de toutes les tumeurs du bassinnet. *Mock* ne la trouve que dans 25 %. D'après notre statistique, la douleur avec ses caractères variables se rencontre dans 54,9% des cas : 195 fois sur la totalité des 327 observations.

Comme signe de début elle fut observée par *Albaran* dans 30%. Pour *Jeanbreau* dans la tumeur de l'uretère elle est plus précoce que dans celle du bassinnet soit 48%.

Comme symptôme isolé nous la trouvons notée dans 9 observations et comme première manifestation dans 14.

Dans beaucoup d'observations ce symptôme manque pour des raisons que nous verrons plus loin.

La douleur n'a rien de particulier et présente les caractères analogues à ceux qu'on observe dans les différentes affections douloureuses du rein.

La pathogénie de la douleur réside dans les différentes manifestations secondaires causées par la tumeur, telles que : la distension du bassinet de l'uretère, la congestion du parenchyme, le tiraillement du pédicule rénal sous le poids de l'hydronéphrose, l'épaississement et la sclérose des tissus périréniaux et périurétéraux, enfin la compression nerveuse.

Gregoire a insisté sur une forme particulière de douleur persistante, qui peut être sourde ou vive, se propager le long des trajets nerveux et se manifester en dehors de tout hématurie, ce qui s'observe dans la propagation de la tumeur dans la région voisine. *Israel* attirera l'attention sur les coliques néphrétiques, également sans hématurie, qu'il attribuait à deux causes ; congestion rénale ou hémorrhagie dans les tumeurs (l'hématonéphrose intermittente). Cette constatation acquiert sa valeur quand la douleur est l'unique symptôme, et alors seul l'examen cystoscopique et le cathétérisme peuvent faciliter le diagnostic.

Suivant ses caractères, la douleur peut être envisagée sous trois aspects : 1°) Douleurs sourdes, 2°) Coliques réno-urétérales ou abdominales survenant par crises séparées par les périodes d'accalmie, 3°) Douleurs continues avec exacerbation.

Lorsque la distension se fait lentement, la douleur se caractérise par une sensation de lourdeur ou une gêne vague dans la région lombaire. Ce sont les cas des grandes hydronéphroses banales, la sensation vague explique en partie le pourcentage bas de ces symptômes.

Coliques néphrétiques et abdominales	45 Cas.
dont { Sans irradiation	31 Cas.
{ Avec irradiation	14 Cas.
Douleur pendant l'hématurie	18 Cas.
Douleur lombaire	32 Cas.
A la palpation seulement	11 Cas.
Doul. sous forme de pesanteur	17 Cas.
Douleur vésicale	6 Cas.
Du côté opposé	2 Cas.

D'autres fois il s'agit d'une sensation de tiraillement ou de pesanteur comme dans notre observation inédite V, que le malade éprouve dans les périodes d'hématurie. Ce signe peut être exagéré.

Souvent la douleur se manifeste sous forme de crises de coliques néphrétiques. C'est la forme fréquente, elle est de 23,1% et coïncide avec la période hématurique en général, mais peut s'observer en-dehors de celle-ci. Le plus souvent les coliques cessent après l'expulsion des caillots.

La date de la première sensation douloureuse peut être très ancienne, un bel exemple est présenté par *Thomson* 1885. Son malade souffrait depuis l'âge de 8 ans, soit pendant 24 ans. De même le malade de *Metcalfe* et *Safford* en 1905, qui a eu depuis 22 ans des coliques abdominales se reproduisant tous les deux ou trois ans. Parmi les observations plus récentes, citons le cas d'*Escat* 1924, où, chez un vieillard de 68 ans, la première douleur datait de la jeunesse. *Hatfield* 1924, 14 ans. *Day Fairchild* et *Martin* 1925, 10 ans ; *Scholl* et *Hunt* 1927, 30 ans ; *Hunt* 1927, 11 ans et autres.

Parfois la douleur siège à l'endroit où elle est née : dans la région lombaire *Graw Templeton* 1919, *Hatfield* 1924 ; dans le flanc *Haslinger* 1926, *Viannay* 1924, dans la fosse iliaque ; dans l'hypochondre *Garache*, avec le caractère migrateur, gardant une prédilection pour le côté atteint. Mais le plus souvent c'est le caractère vague au début, sans localisation précise d'abord et qui se localise finalement sur un endroit fixe pour y persister. Le malade de *Morogna* 1914 présente à la palpation des douleurs dans la fosse iliaque mais qui se localisent ensuite dans la région du rein. Celui de *Scwartz* 1925, avec des coliques sans topographie nette au début, voit la douleur se localiser enfin au rein gauche (côté atteint).

L'irradiation de la douleur se fait le plus souvent sur le trajet urétéral jusque dans la vessie, mais elle peut s'observer vers la crête iliaque et le testicule *Lindon Landon*, 1922 ; vers le dos et les hanches *Key* et *Ackersland* 1926 ; la vessie et le testicule *Carnet* et *Casse* 1923, le bout du pénis *Judd* et *Stuthers* 1926. Ces irradiations peuvent se faire dans toutes les directions. Le malade de *Lowenstein* en 1911 depuis 10 ans souffrait du côté gau-

che, la douleur se reproduisait tous les trois ou quatre mois toujours du côté du rein gauche (côté malade) avec irradiation au bras gauche. Les 6 derniers mois les crises devenaient fréquentes, l'irradiation se porta vers la jambe.

La douleur décrite par *Gregoire* est un signe d'ino-
pérabilité des cas plutôt qu'un symptôme utile au diag-
nostic.

Parfois la douleur peut se manifester non du côté malade mais du côté opposé, ce qui doit s'expliquer par la congestion de celui-ci.

Joly en 1927 observa la douleur des deux côtés, qu'on pourrait expliquer par le réflex réno-rénal.

La douleur peut se manifester sous forme de cystal-
gie spontanée ou provoquée pendant l'hématurie ; *Dzia-*
loszinsky 1929, *Brutt* 1918 et *Fiolle* 1919.

T u m e u r

Ce symptôme est rare et son pourcentage ne dépasse pas 33%. Il est noté dans 116 observations sur 383. D'après *Dérévénko* elle se rencontrerait dans 44% des cas.

Comme unique symptôme elle n'est trouvée que dans 10 cas, et comme symptôme initial dans 9,6 pour cent des cas. D'après *Albarran* elle serait de 32%.

Le symptôme tumeur est révélateur des complica-
tions secondaires plutôt que des papillomes seuls, et, pour cette raison, elle ne diffère pas des tumeurs observées au cours de l'hydro ou de l'hématonéphrose. Son caractère primordial consiste en son inconstance due à l'hydro-hématonéphrose intermittente. La tumeur dans ce cas précède la douleur et disparaît après la débâcle urinaire. Au cours de l'évolution de la tumeur papillaire ce symptôme est nécessairement observé et serait plus précoce dans les tumeurs de l'uretère que dans celles du bassin. Le fait que le malade se présente après la crise de la ré-

tention explique en partie sa rareté. Il est rare que l'inspection donne des renseignements utiles, car actuellement on ne voit plus de ces énormes hydronéphroses, qu'on voyait autrefois.

Gros rein	38	Immobile	6
Enorme tumeur	15	Du côté opposé	5
Intermittente	5	Par le toucheur vaginal ou	
Fluctuante	10	rectal	6

Reynold 1904 fut le premier à observer une augmentation unilatérale de l'abdomen. *Toupet* et *Gueniot* 1898 observèrent une tumeur, grosse comme une tête d'enfant, avec œdème dans la région lombaire. — La palpation pratiquée par les différents procédés en position « couché » ou « debout » permet de déceler une tumeur plus ou moins volumineuse, un contact lombaire avec ballottement caractéristique et suivant ou non les mouvements respiratoires.

Le cas de *Pantalonì* 1899 est unique, il s'agissait d'une femme porteuse d'une énorme poche hydronéphrotique contenant de 22 à 24 litres de liquide hématique. Les tumeurs « énormes », nous ne les trouvons que dans 16 observations. Gros rein, cité dans 47 cas. Parfois le rein n'est perceptible que du côté opposé, cas de *Pels Leusden* 1902 : gros rein gauche normal, le rein droit contenait un papillome. *Scholl* 1924 : gros rein à droite (normal), papillome à gauche. *Max Grauhan* 1922 : rein gauche augmenté de volume, papillome à droite. *Coffée* 1921 constata l'augmentation des deux reins, cependant, le rein contenant le papillome était plus gros. Cette augmentation compensatrice du volume du rein opposé s'observe bien en-dehors de toutes les tumeurs et témoigne seulement de la destruction du congénère. L'observation de *Motz*, publiée en 1927, est assez caractéristique : son malade est porteur à la fois d'un cancer du rein gauche et d'un papillome à droite.

Ces tumeurs ayant tous les caractères d'une hydronéphrose banale sont à la pression fluctuantes, élastiques à surface lisse. Dans certains cas elles peuvent avoir une consistance dure et leur surface peut être bosselée.

Certains auteurs recommandent la palpation du trajet urétéral même si besoin est sous anesthésie générale. *Mecker* et *Mac Carthy* 1922. La palpation de l'uretère peut

présenter de l'intérêt uniquement dans les cas de tumeurs siégeant à la partie toute inférieure de l'uretère. La palpation de ces tumeurs est possible par le toucher vaginal chez la femme et le toucher rectal chez l'homme. Le toucher vaginal a permis à *Albarran* et *Israel* de faire le diagnostic. *Jud* et *Stuthers*, *Haslinger*, *Kraft* ont fait le diagnostic par le toucher rectal. Ce signe acquiert une importance diagnostique quand il est positif, mais malgré l'existence des tumeurs papillaires, surtout atypiques, il peut rester négatif et l'examen du malade nécessite alors une exploration instrumentale.

Troubles de la miction

Les troubles de la miction, sans parler de la rétention aiguë provoquée par les caillots de sang sont très rares ; ce sont des pollakiuries diurnes et nocturnes. Dans son cas *Albarran* 1902 expliqua la dysurie par l'abondance de l'hématurie. Le malade de *Murchinson* 1870, est pollakiurique depuis 3 ans et hématurique depuis un an. Les accidents du malade de *Reynolds* 1904 ont commencé par des pollakiuries nocturnes suivies de l'augmentation du volume du ventre, tandis que l'hématurie n'est survenue qu'après la palpation énergique. Un des malades de *Burford* 1929, hématurique depuis 2 ans, débuta par de la pollakiurie nocturne (2 à 4 fois) et diurnes (toutes les heures). Un autre saignait depuis 4 mois, la pollakiurie qui était installée en même temps que le saignement avait tendance à progresser. De même le malade de *Davis* 1922, chez lequel l'hématurie et la pollakiurie ont commencé à la même époque. *Stevens* 1923 et *Gerard* 1929 notent les mictions fréquentes chez leurs malades.

Dans tous ces cas les urines étaient limpides, sans traces d'infection, (bien entendu nous n'envisageons pas les cas avec l'infection surajoutée).

On doit expliquer cette pollakiurie par le reflexe ré-

novésical, de même que la rétention aiguë du malade de *Schaudig* 1924, en dehors de l'hématurie et l'anurie complète d'un des malades de *Morogna* 1914.

La douleur mictionnelle consécutive à l'infection, par elle même n'offre rien de caractéristique pour le diagnostic de la tumeur, mais sa persistance force le malade à la consultation qui révélera la véritable cause.

Cystoscopie

La cystoscopie est un mode d'exploration de tout premier ordre ; il est superflu d'insister sur la nécessité de cystoscooper les malades avec antécédents hématuriques si minimes soient-ils, dans tous les cas où l'état de l'urètre et de la vessie le permet.

La cystoscopie en effet fournit des éléments diagnostiques de grande valeur ; parfois même, elle découvre des signes pathognomoniques. Son rôle ne se borne pas uniquement à l'exploration, elle permet aussi de réaliser immédiatement les certaines opérations nécessaires, décrites dans le chapitre du traitement.

On comprend aisément la difficulté, que présentait le diagnostic, avant la vulgarisation de la cystoscopie et les cas de *Battle* 1895, *Ratzlaf* 1904, *Heaton* et *Gamgée* 1902 en fournissent les meilleures preuves.

Les symptômes fournis par la cystoscopie n'ont pas toujours la même valeur. Aussi l'envisagerons-nous :

1°) Dans la période hématurique.

2°) En dehors de l'hématurie.

Pendant la période hématurique on voit le saignement de l'orifice du côté atteint. Il est le même que dans toutes les maladies hématuriques du rein, sans particularité aucune. Il est rare que la cystoscopie soit empêchée par la forte hématurie.

En dehors de l'hématurie, la muqueuse vésicale et les orifices urétéraux peuvent être d'aspect normal ou atteints

de lésions qui n'ont rien de commun avec le mal en question. Mais on peut, y découvrir la présence et le siège du papillome.

Parmi les lésions banales de la muqueuse vésicale on trouve différentes cystites aiguës et chroniques ; ces cystites s'observent beaucoup plus souvent que ne le mentionnent les auteurs : cystite hémorragique diffuse, *Etorre* 1924, cystite chronique notée par *Richter* 1909, *Livermor* 1928, obs. 297, *Ascoli* 1930. La cystite avec des lésions bacillaires fut signalée par *Rubritius* en 1924, *Max Grauhan* en 1932, ni l'un ni l'autre n'ont jamais réussi à déceler la présence du BK.

Les lésions orificielles sont mentionnées par *Poll* 1889 l'orifice du côté malade paraissait retractoré par des masses blanc-jaunâtre. *Hunt* 1927, *Kleinschmidt* en 1921, *Judd* et *Stuthers* 1926 les signalent avec « œdème en couronne ».

Chez notre malade de l'observation IV on voit l'orifice normal avec un léger exsudat. *Fenwick* 1903 fut le premier à avoir insisté sur l'aspect « meatoscopy » des orifices, dont la rougeur révélerait une hémorragie récente, ce qui permettrait de localiser le côté saignant en l'absence d'autres signes. Dans ce cas, selon lui, on observe une vascularisation abondante irradiant des bords de l'orifice suspect. Ce signe, connu sous le nom de l'auteur, n'est pas constant, lui-même a eu l'occasion d'observer des cas où l'orifice du côté malade était plus pâle que de l'autre. Actuellement les urologues n'y attachent plus une grande importance.

Pour *Day Fairchild* et *Martin* 1925, le signe de *Fenwick* est « suggestif mais non pathognomonique dans les tumeurs du bassin » et cependant ils disent en avoir observé un. Le même phénomène fut observé par *Kleinschmidt* 1925 et *Hunt* 1927, *Gottlieb* 1926.

A priori, on peut admettre que ce signe peut être observé dans les cas où l'orifice est obstrué par un caillot sanguin comme dans le cas de *Spiess* 1912, *Scholl* en 1921, *Gerard* en 1929. La cystoscopie, pratiquée bientôt après la chute du caillot, pourrait en effet découvrir cet aspect ; dans le cas contraire, elle fait défaut même en pleine hématurie.

Le cystoscope permet de suivre le rythme des éjaculations qui peut être retardé et parfois même manquer

complètement. Il doit être recherché par l'élimination d'indigo-carmin, de bleu de méthylène ou d'autres colorants usuels, employée surtout à l'étranger et particulièrement en Allemagne et en Amérique. L'éjaculation peut être purulente en cas d'infection surajoutée.

L'absence des éjaculations observée par *Copé* 1921, *Gilbert Thomas* 1923. *Haslinger* 1926, *Key* et *Ackerland* 1926 peut être passagère ou ce qui est plus rare définitive ; de la *Mazza* 1926 l'arrêt d'éjaculation est dû à l'hydronéphrose fermée.

Beaucoup plus importante est la constatation des papillomes de la vessie. Ces papillomes peuvent être uniques ou multiples, dans 30 cas le papillome est unique. *Picot* en 1912, *Marion* en 1914 constatèrent la présence de plusieurs papillomes. *De La Mazza* observa en 1928 un gros papillome, cachant l'orifice urétéral gauche entouré de petits papillomes. Quand il s'agit de papillomes multiples, en général, le gros papillome est entouré par des petits; leur nombre n'a pas une grande importance, surtout s'ils sont rapprochés les uns des autres.

Par contre la topographie a plus de valeur, sans être absolument pathognomonique, pour diagnostiquer le côté atteint. Le nombre des cas sans localisation précise se trouve dans 23 observations.

On sait d'ailleurs que les papillomes vésicaux siègent de préférence autour des orifices urétéraux, et, la seule constatation de cette tumeur n'a pas de valeur sans symptômes révélant les lésions haut situées. Néanmoins leur présence sert de point d'orientation pour situer le côté atteint. Un papillome près d'un orifice urétéral saignant, donne, par contre, un signe de certitude en faveur de la présence des tumeurs pyélo-urétérales, cas de *Marion* 1914, *Scholl* 1924. Le papillome peut cacher l'orifice urétéral empêchant ainsi l'exploration ultérieure.

Le papillome peut siéger au niveau de l'orifice du rien normal, comme dans le cas de *Mac Cown* 1922, ou au niveau du col vésical, d'où la nécessité de ne jamais négliger l'urethro-cystoscopie.

La cystoscopie est particulièrement intéressante dans les papillomes des uretères : leur aspect peuvent présenter des variations. Le papillome peut s'implanter sur un des bords du méat, d'aspect normal ou dilaté, par un pé-

dicule plus ou moins fin. Ce papillome serait le cas, par excellence, du traitement endoscopique.

Une malade est, depuis seize ans, sous la surveillance de notre Maître Docteur *Edmond Papin* ; elle présente un petit papillome implanté sur le bord médian de l'orifice droit, et vient environ tous les trois mois pour contrôle cystoscopique, ou, suivant la nécessité, on applique l'électrocoagulation. Malgré la pyélographie avec urétrographie faite à plusieurs reprises, le bassin et l'uretère semblent indemnes, son état général reste bon. Ce cas est extrêmement rare, sinon unique par l'ancienneté de l'observation. Et cependant, connaissant l'évolution des dites tumeurs, on se demande si elle n'est pas toujours sous la menace de l'épée de Damoclès.

Le volume du papillome précité est celui d'un petit pois, mais en général son volume varie d'un grain de blé jusqu'à un volume considérable, tel un œuf de poule, cas de *Haslinger* publié en 1926.

Le papillome peut siéger dans l'orifice urétéral, fixé sur la paroi dilatée par un pédicule fin, dans ce cas la tumeur sort à travers l'orifice urétéral, faisant hernie dans la vessie : observation de *Gottlieb* 1928, *Cassuto* 1927, *Hoffmann* 1916, *Marion* 1923, *Posner* 1926, *Mayer* 1929, *Chauvin* et *Cerati* 1931, Obs. IV. Parfois on ne voit que quelques franges d'une tumeur intérieure, qui s'échappent, cas de *Chauvin* et *Cerati* (observation II.) Cette tumeur fut décrite et étudiée par *Albarran* et ses élèves. *Albarran* a vu, suivant son expression : « une touffe papillaire faisant saillie à travers l'orifice urétéral ». Pour éviter la confusion possible avec la tumeur vésicale, *Albarran* conseillait de lui imprimer des mouvements avec une sonde urétérale, cette manœuvre permettant de découvrir la base d'implantation du papillome. Ce procédé n'est pas toujours réalisable. Après lui, *Heresco*, en 1910, décrit : « à l'orifice urétéral droit un petit polype comme un grain de maïs avec un pédicule effilé disparaissant dans l'uretère. Le centre est opaque tandis que la périphérie transparente, cette petite tumeur sort parfois de l'uretère d'autres fois elle y rentre au point qu'on ne la voit plus du tout, lorsqu'elle est sortie on voit s'écouler de l'urine blanchâtre le long de son pédicule ». Le cas semblable

fut rapporté par *Pfaumer* (33), *Takahashi* 1927, *Pasteau* 1929 et *Chauvin* et *Cerati* (obs. III).

Lorsque le pédicule est long, la tumeur est suspendue librement dans la cavité vésicale comme « un pendule ». Le cas le plus fréquent est celui d'une obstruction de l'orifice, cas de *Makenrodt* 1903, *Walter* 1903, *Brunet* 1907, *Finsterer* 1915, *Plechner* 1920, *Stosmann* 1922, *Scholl* 1924, *Saar* 1913, *Dozsa* 1927, *Mathée* 1927, *Pfeifer* 1928, *Paschkis* 1909 et de nombreux papillomes observés après la néphrectomie au cours de la cystoscopie des contrôles ultérieurs.

Le cas *Dozsa* est particulièrement intéressant, montrant le mécanisme de saignement d'une part et l'incrustation du papillome par des sels calcaires d'autre part.

Les papillomes de l'uretère peuvent siéger des deux côtés et *Chauvin* a eu seul l'occasion d'en observer plusieurs. Beaucoup plus démonstrative est la constatation au cystoscope de l'augmentation de saignement après le massage du rein ou de la région urétérale ; cas de *Perlmann* 1926, *Morogna* 1914, ou par toucher rectal ou vaginal comme dans les cas de *Kraft* 1922, *Lœfler* 1925. Nous n'insistons pas sur la biopsie de la tumeur vésicale pour des raisons bien connues depuis les travaux de *Rokitansky*.

Le cathétérisme des uretères

Dès que la cystoscopie est faite, on procède, si cela est possible, au cathétérisme bilatéral des uretères. Le résultat de cette exploration varie, suivant qu'il s'agit d'une tumeur de l'uretère ou du bassin.

C'est en Mai 1898 qu'*Albarran* communiqua à la Société Nationale de Chirurgie de Paris la première observation de tumeur du bassin diagnostiquée à l'aide du cathétérisme.

Le passage de la sonde permet de juger de la perméabilité de l'uretère, toutefois on ne peut rejeter la pos-

sibilité de l'existence de la tumeur quand la sonde progresse librement, l'on sait avec quelle facilité le cathéter passe dans l'uretère contenant même un calcul sans éprouver la moindre résistance. La sonde peut être arrêtée dans sa progression par une tumeur urétérale offrant un obstacle mou ou élastique. Quand on observe ce phénomène avec le papillome, visible de l'uretère ou bien se trouvant dans la zone périméatique, on peut établir le diagnostic ferme de tumeur urétérale. Cas de *Marion* 1914.

Par le cathétérisme seul, un pareil concours de circonstances peut être pathognomonique ; dans d'autres cas, comme nous le verrons plus loin, la sonde urétérale ne fournira que des signes de probabilité.

Albarran fut le premier à observer en 1889 une hémorragie préexistante, exagérée par le contact de la sonde et de la masse tumorale dans l'uretère. Plus tard elle fut observée par *Chevassu* et *Mock* 1912, *Culver* 1920, *Gottlieb* en 1926 et beaucoup d'autres. Ce signe, décrit par *Chevassu* et *Mock*, est connu sous le nom de « butée sanglante » : voici le cas qui leur a servi. « Une sonde urétérale bute dans l'uretère à 15 centimètres sur un obstacle net ; en cherchant doucement à franchir l'obstacle on voit couler par la sonde du liquide sanglant... » Chaque fois que la sonde butait sur la tumeur, le liquide devenait plus rouge. Signalons le cas de *Beer* en 1921, *Day Fairchild* 1925, (le cathétérisme fait saigner ; arrêt de la sonde). *Judd* et *Stuthers* 1921 et *Mac Cown* en 1930 ont décrit le même phénomène.

Les cas de « butée sanglante » sont d'observation plus fréquente. Nous les trouvons cités dans 16 observations.

Dans la seconde observation *Viethen* (1927) note la résistance au cathétérisme dans la partie inférieure de l'uretère sans hémorragie. L'urétérographie montra la dilatation au-dessus de l'obstacle.

Les cas de *Huck* (1924) et de *Marion* (1914) sont plus démonstratifs.

Dans l'observation (213) de *Huck* 1924, le sang vient de l'orifice urétéral gauche ; le cathéter bute à 16 centimètres, mais une sonde plus fine passe, ramenant du sang au-dessous de l'obstacle et des urines claires au-dessus. Citons l'observation (126) de *Marion* 1914. Trois

papillomes dans la vessie, non saignant, éjaculations franchement sanglantes par l'orifice urétéral droit, le cathétérisme facile de l'uretère amène les urines claires. 2^{èm} cathétérisme (*Marion*) « ...En poussant lentement la sonde, et en notant soigneusement la qualité du liquide qu'elle fournissait à mesure qu'elle montait, voici le résultat » :

à 5 cm.	Sang
à 10 cm.	Sang
à 15 cm.	Sang
à 18 cm.	Urine Claire

L'évidence de l'hématurie urétérale était complète. Déjà la présence des polypes vésicaux à côté de l'orifice saignant était suffisante pour faire le diagnostic ferme des tumeurs supravésicales.

Ainsi la constatation de la « butée sanglante » doit être considérée comme un signe de probabilité de haute valeur parmi les éléments de diagnostic.

Remarquons toutefois que les « butées sanglantes » peuvent également s'observer au cours de la lithiase, du diverticule de l'uretère et même dans les cas normaux.

Les auteurs américains inventèrent même une sonde, munie de cire à son extrémité, pour faire le diagnostic différentiel entre la tumeur et le calcul.

Le cathétérisme peut amener des débris tumoraux ou cellules atypiques provenant du bassinet ou de l'uretère. Cette constatation suffit pour faire le diagnostic (cas de *Gottlieb* 1926).

Le cas de *Reschke* (1924), où la présence de débris prêta à confusion, est unique ; il s'agissait d'un hématurique éliminant, avec les urines, des villosités. Par le cathétérisme bilatéral on obtint des urines chargées de villosités dans les deux échantillons. On fait la néphrotomie exploratrice gauche, le rein étant normal la plaie est refermée, l'hématurie persistant, oblige à la lombotomie droite. On pratique la néphrectomie ; le rein d'aspect normal contenait un papillome, nécrosé dans un calice. Le malade est revu un an plus tard en bonne santé.

Le cas de *Reschke* met en évidence la possibilité qu'il y a à entraîner dans le rein des débris se trouvant dans la vessie, et, par là même, à nous induire en erreur.

Nous ne parlons pas ici de cathétérisme comme moyen de mesurer la capacité du bassinet, examen auquel

on attribuait une valeur au temps d'*Albarran*. Par contre le cathétérisme est employé pour déterminer la valeur fonctionnelle des reins séparés ; ce que nous traiterons dans le chapitre des examens de laboratoire.

Recherches de laboratoire

ANALYSE DES URINES.— L'analyse des urines comporte deux examens différents : l'examen histobactériologique et l'analyse chimique.

On commence par les urines totales (vésicales), puis les urines recueillies des deux reins par le cathétérisme.

L'analyse chimique des urines totales, sans valeur diagnostique, doit être effectuée pour la recherche du sucre en vue des interventions ultérieures.

L'albuminurie, si fréquemment notée dans les observations, n'a, pour ainsi dire, aucune valeur pratique, et provient en grande partie de la présence du pus et du sang, bien entendu l'albuminurie massive exceptée.

A l'œil nu on ne peut se rendre compte que de l'intensité de l'hématurie et de la présence de caillots longs (particulièrement intéressants dans les urines claires). On peut même constater dans quelques cas rares des villosités tumorales, cette constatation dans la vessie indemne sert d'orientation au diagnostic. Le cas le plus démonstratif est celui de *Godard* et *Gautier* de 1928, ou le malade lui-même, examinant ses urines sanguinolantes, remarquait de temps en temps « des morceaux de chair assez réguliers dans leur forme ». (Diagnostic confirmé à l'opération.) *Hoch* et *Damange* 1904, *Blum* 1909, *Richter* 1909, *Lion* 1912, *Mackenzie* et *Ratner* 1932 (lambeaux de tissus) ont eu des cas analogues. *Morogna* 1914, *Rescehke* 1924, *Gottlieb* 1926 ont trouvé des débris dans les urines obtenues par le cathétérisme.

Dans le culot des urines totales, après la centrifugation, on peut trouver de nombreuses cellules épithéliales,

dont la provenance est presque impossible à déterminer et, par conséquent, ne peut pas servir au diagnostic.

Par contre, les cellules atypiques, révélant la transformation telle que la dégénérescence graisseuse (*Israel*), cellules à un ou plusieurs noyaux irréguliers ou même anucléées (*Mioni* 1907) sont des preuves de l'existence des tumeurs cavitaires du bassin et de l'uretère.

L'examen bactériologique décèle souvent du pus et des microbes tels que le colibacille, staphylocoque et autres, qui sont révélateurs de processus inflammatoires primitifs ou secondaires.

Kaufmann 1909 trouvait des matières fécales dans les urines d'un malade présentant une fistule duodéno-pyélique.

Quelques rares auteurs, comme *Maybury* et *Duke* (127) attribuent une certaine valeur de diagnostic à l'abondance de leucocytes à côté des érythrocytes dans les urines stériles. *Chiary* en 1914 signale la présence de lymphocytes.

Les urines recueillies par le cathétérisme précisent le côté malade, on y peut déceler les éléments mentionnés, plus haut, permettant ainsi de porter le diagnostic, et *Albarran* fut le premier à diagnostiquer avec certitude une tumeur du bassin et en y recueillant par le cathétérisme urétéral de l'urine sanglante contenant un grand nombre de cellules cylindriques et pavimenteuses.

L'examen chimique des reins séparés met en évidence la valeur fonctionnelle des deux reins. On comprend aisément que la déficience du rein, contenant des papillomes, soit fatale au cours de l'évolution des tumeurs. La précocité de cette déficience s'expliquerait par la situation de la tumeur. Un papillome siégeant au bord du bassin peut évoluer longtemps sans influencer sur le fonctionnement du rein, tandis que celui qui siège au niveau de l'embouchure de l'uretère et de rétrécissement physiologique de l'uretère, empêchant l'écoulement libre de l'urine, peut provoquer une altération du fonctionnement assez rapide.

La diminution du fonctionnement va de pair avec le degré de l'hydro ou pyonéphrose.

EXAMEN DU SANG.

Les examens chimique et cytologique du sang sont indispensables. Le premier nous renseigne sur le taux d'urée qui est souvent au-dessus de la normale, mais il n'offre rien de particulier.

Le second montre le degré d'anémie où la formule des éléments sanguins est parfois très réduite avec diminution du taux d'hémoglobine ; mais cette diminution n'est pas proportionnelle à celle des hématies. *Mac Glan-nan* 1921 observa un malade chez lequel l'examen du sang montra une diminution des hématies allant jusqu'à 3.100.000 et du taux d'hémoglobine jusqu'à 50%.

Hunt 1927 Obs. 9	Hémoglobine 73	Erythrocytes 4.000.000
Hunt 1927 Obs. 10	Hémoglobine 51	Erythrocytes 3.320.000
Hunt 1927 Obs. 11	Hémoglobine 73	Erythrocytes 4.240.000
	et Leucocytes	... 5.800

Le malade de l'observation 12 qui éliminait du sang presque pur ne présentait que 3.630.000 hématies, 5.900 leucocytes et un taux d'hémoglobine de 58%, vu 6 mois après la néphrectomie pour la réapparition des hématuries, l'examen du sang pratiqué, démontra que le nombre des érythrocytes était remonté jusqu'à 4.340.000 celui des leucocytes à 6.600 et le taux d'hémoglobine à 70%. Ce qui confirme la conception de *Guyon* sur le prompt rétablissement de l'organisme après les hématuries néoplasiques. L'examen du sang de notre malade № III montra :

Hémoglobine	 60%	Poly	 74%
Globules rouges	 2.960.000	Monocytes	 12%
» blancs	 7.000	Mono moyens	 13%
		Lympho	 1%

Le malade mourut bientôt après l'opération, s'affaiblissant par cachexie progressive.

Les autres examens présentent un intérêt secondaire, la cryoscopie abandonnée depuis un certain temps par les urologistes français, et qui semblait n'avoir qu'un intérêt historique, vient de trouver récemment, surtout en Allemagne, de nouveaux adeptes.

La recherche du temps de coagulation, de la rétractilité du caillot et la recherche des hémato blasts doivent être effectuées.

Examens radiographiques

Nous envisagerons successivement l'utilité de la radiographie simple, de la pyélographie classique, de l'urétéropyélographie rétrograde telle qu'elle fut imaginée par *Chevassu*, de la pneumopyélographie et de la pyélographie sécrétoire ou descendante.

RADIOGRAPHIE SIMPLE.

La pratique de la radiographie simple est indispensable chez tous les malades qui présentent de l'hématurie, de la douleur ou une tumeur de la région lombaire.

Obtenir l'image nette du rein est souvent difficile à cause de sa situation profonde, de la couche musculaire épaisse et de l'opacité tissulaire, qui varie suivant les sujets comme l'ont montré *Pasteau* et *Belot* au XXVII^e congrès de l'Association Française d'Urologie en 1927. D'autre part, la présence des gaz intestinaux reste, malgré de nombreuses recherches, le nœud gordien de la radiographie abdominale.

La tentative de rendre plus nette l'ombre du rein à l'aide des injections d'air dans le péritoine ou dans la loge rénale n'a pu apporter le grand concours qu'on en espérait au début et actuellement, sauf quelques rares auteurs, elle est délaissée.

Dans la majorité des cas, la radiographie reste négative ou donne une ombre d'un rein normal. Cependant elle permet d'observer l'agrandissement ou l'irrégularité de l'ombre rénale qui peut être déplacée de sa loge. Ces constatations sont révélatrices de la complication secondaire : telle que l'hydro ou pyénophrose plutôt que de la tumeur elle même. Ces modifications peuvent rendre service à défaut de la pyélographie. En outre, on trouve dans la littérature quelques cas où le diagnostic fut facilité par la radiographie. *Paris* en 1929 dans sa thèse rapporte une observation (IV) où « la constatation d'une ombre nette mais de contour imprécis au niveau du bassinet associée aux autres signes (hématurie et cellules

épithéliales dans les urines) a permis de porter le diagnostic du polype du bassinnet ». *Dozsa* (1927) également se basait sur l'ombre mal délimitée au niveau du bassinnet gauche dont le cathétérisme décelait de nombreuses cellules épithéliales. *Heuwirt* constata une ombre suspecte au-dessus d'une sonde qui butait à 23 centimètres. Il est à remarquer qu'ici le diagnostic était beaucoup facilité par l'incrustation calcaire qui couvrait la tumeur. *Judd et Stuthers* (1921) ont même diagnostiqué une tumeur au niveau de l'uretère pelvien.

Chauvin n'en tira aucune profit.

Ces observations sont extrêmement rares, leur résultat discutable et leur valeur peut être négligée. Dans quelques cas rares le papillome peut apparaître sur le cliché sous l'aspect de calcul, comme dans le cas de *Thomson* 1924, *Key* et *Ackerland* 1926, *Schmidt* et *Gilbert* 1925 où elle a causé l'erreur du diagnostic. Par contre la radiographie peut servir dans les cas de l'association des calculs et de la tumeur : cité par *Viannay* 1924, *Paris*

P Y E L O G R A P H I E .

La pyélographie et l'urétérographie donnent des renseignements plus précis sur la présence et la topographie des tumeurs cavitaires. Néanmoins le nombre des cas aux résultats négatifs et causant la confusion est encore assez fréquent (61 cas) pour ne pas songer à l'amélioration de son application technique.

Sous le nom de pyélographie négative on comprend soit l'image du bassinnet de dimension normale, soit l'hydronéphrose congénitale ou acquise.

Voyons d'abord quels sont les résultats positifs qu'elles peuvent fournir. Le plus souvent c'est le défaut de remplissage : « Fülungs defekt » des auteurs allemands, où on ne voit qu'une partie des cavités. Ce défaut de remplissage peut être total ou partiel, et dépend des dimensions de l'obstacle. Le remplissage partiel est visible jusqu'à l'obstacle.

Il est rare qu'on n'obtienne pas l'urétéro-pyélographie si la sonde a pu pénétrer dans l'uretère. Cependant *Marinesco* (1931) signale le cas où elle a échoué à cause de reflux de liquide dans la vessie. L'uretère peut être seul

injecté sans image du bassinnet. *Stevens* 1929, *Mac Cown* 1930 : pyélo impossible, urétérogramme normal — *Kitagawa* et *Osaki* 1933.

C'est l'aspect décapité de l'uretère qui témoigne que son collet est obstrué par une tumeur.

Le plus souvent c'est le défaut de remplissage partiel qui s'observe aussi bien dans l'uretère que dans le bassinnet. Dans le bassinnet un ou plusieurs calices peuvent manquer, parfois c'est la seule moitié du bassinnet qui est visible. Dans ce cas l'image, à bords irréguliers, devient caractéristique d'une tumeur villeuse. Ce défaut de remplissage est connu sous le nom d'amputation. L'amputation des calices a été observée par *Smutte Paris* 1929, *Dozsa* 1927, *Swartz* 1925, *Legueu* 1928, *Motz* 1927, et beaucoup d'autres. Ces amputations des calices sont une preuve de l'existence de tumeurs dans leurs cavités ou du refoulement des masses tumorales par le liquide.

Le défaut de remplissage peut apparaître sous forme « d'aspect lacunaire ». On voit, dans ce cas, des ilots clairs sur un fond opaque. Ces ilots peuvent siéger au centre de l'image ou à un de ses bords (plus caractéristique). Les ombres lacunaires deviennent absolument pathognomoniques de tumeurs papillaires quand la périphérie apparaît irrégulière « dentelée » ou de plus en plus « floue ». L'image du bassinnet d'aspect flou témoigne de répartition inégale du liquide opaque. Elle prend l'aspect caractéristique « neigeux », « voilé », « moucheté », dont la valeur a été précisée par le Professeur *Legueu*.

Comme exemples nous relatons quelques cas publiés, particulièrement intéressants.

Bernasconi, en 1932, a présenté, au 32^e Congrès de l'Association Française d'Urologie, un pyélogramme qui a montré une image arborescente, d'aspect neigeux esquissant la forme du rein, composée d'une série de plages alternativement claires et sombres, avec beaucoup d'irrégularités et d'infractuosités. Dans le cas de *Motz* 1927. Le calice inférieur seul persiste et se remplit irrégulièrement. Il existe une solution de continuité presque complète entre les calices et le bassinnet. Le contour de l'image est flou. L'image lacunaire marginale empiétant sur le calice supérieur, il y a amputation de ce dernier.

Dans le cas de *Miller et Herbst* 1921, le bassinnet est fortement dilaté avec disparition des calices ; au milieu, l'ombre fluide. Chez le malade de *François* 1925, l'hydronéphrose a un aspect pommelée, très net surtout dans la partie centrale du bassinnet, on voit une irrégularité marquée des contours supérieurs et inférieurs du bassinnet, une dilatation de l'urètre sur une étendue de 10 centimètres avec aspect « dentelé ».

Un autre signe caractéristique du papillome du bassinnet est l'irrégularité de contour ou la disparition de l'un de ses bords. Le bord du bassinnet apparaît suivant les expressions des auteurs «dentelé», «maché», «ciselé».

L'urètre présente la même image irrégulière. Ces images caractéristiques de la tumeur du bassinnet peuvent aussi être observées en-dehors de cette affection. Le défaut de remplissage de l'urètre peut s'observer plutôt dans les cas de calcul enclavé, invisible à la radiographie simple, que dans le rétrécissement spasmodique comme le croient les auteurs américains. Bien entendu nous parlons de la pyélographie secondaire.

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment un cas où l'urètre seul était injecté, l'injection s'étant arrêté net au niveau du collet du bassinnet. Le second pyélogramme a montré la même image de l'urètre « décapité ». Une néphro-urétérectomie totale pour la tumeur du bassinnet montra en réalité une pyonéphrose contenant trois calculs invisibles sur plusieurs radiogrammes.

L'image lacunaire, elle non plus, n'est pas exempte d'erreurs ; tels sont les cas rapportés par *Heitz-Boyer* (418), *Marion* (418), *François* 1925.

Dans le cas de *François*, l'image lacunaire était due à un caillot sanguin dans le bassinnet (le rein contenait une tumeur). *Heitz-Boyer* obtint l'image lacunaire de l'urètre correspondant aux endroits où la sonde provoquait l'hémorrhagie. Il croyait avoir affaire à une tumeur urétérale, ce qui en réalité n'était qu'un caillot sanguin.

Une autre cause d'image lacunaire peut être due à la tumeur du rein faisant saillie dans le bassinnet. Ainsi était l'image lacunaire obtenue par *François* dans les 2 pyélographies à 15 jours d'intervalle. Opérant pour tumeur du bassinnet *François* découvre une tumeur du rein en bouton de chemise.

Nous avons observé, à l'hôpital *St-Joseph*, un cas analogue ; il s'agissait d'un homme d'une soixantaine d'années, venant consulter pour une hématurie, le sang provenait de l'orifice droit ; le massage du rein provoquait l'exagération du saignement. Au moment de la pyélographie il ne saignait plus ; le massage provoqua à nouveau le saignement. La pyélographie montra une lacune au centre du bassinet. Le Docteur *Papin* pratiqua la néphro-urétérectomie totale. Lors de l'ouverture du rein on vit apparaître une tumeur du parenchyme entièrement développée dans la cavité du bassinet. (Voir planche I.)

Pour éviter l'erreur dûe à un caillot il est recommandé de faire le deuxième cliché à quinze jours d'intervalle. Dans le cas de tumeur, *François* notait même un agrandissement de cette lacune.

L'image lacunaire peut même s'observer dans la pyélographie du rein normal, dans ce cas elle provient d'un entrecroisement des silhouettes des calices développés en profondeur.

Motz en 1927 dans sa thèse montre une image tout à fait caractéristique. Dans ces cas, une autre radiographie prise en position oblique élucide la question. *Macachev* et *Socolow* ont décrit une image lacunaire provoquée par une papille hypertrophiée (325).

Le calcul invisible du bassinet peut également donner une image lacunaire, comme l'a montré *Cliford Morrison* au dernier congrès international d'urologie en 1933.

Une autre cause d'erreur, surtout dans les cas où la pyélographie ne montre que l'hydronéphrose banale, peut résider dans le degré d'opacité du liquide. Il nous semble, qu'on doit pratiquer, en cas de doute, une série de pyélographies par liquides opaques à concentration décroissante, car une faible couche de liquide à forte concentration donne une image uniforme dans les cas de petites tumeurs, surtout si elles siègent sur la face postérieure du bassinet.

La pyéloscopie est rarement pratiquée dans les tumeurs papillaires. Elle permet à *Motz* d'observer les troubles de la motilité du bassinet avec rigidité de contour des calices contenant le papillome. Le seul avantage de la pyéloscopie réside dans la possibilité de faire dis-



Pl. I. — Tumeur du parenchyme.

Image lacunaire centrale.



Pl. II. — Tumeur papillaire dans le calice supérieur.

Dilatation du calice avec aplatissement, le bord irrégulier.

paraître les fausses images lacunaires du bassinot en déplaçant le rein sous contrôle de l'écran.

Une seule fois la pneumopyélographie fut employée pour les tumeurs du bassinot par *Newirt* et *Berdna*. On voit nettement sur le cliché le papillome greffé sur le bord du bassinot. *Læfler* 1925 a combiné la pnéumoradiographie avec la pyélo-urétérographie, espérant, en vain, obtenir un meilleur résultat.

L'URETERO - PYELOGRAPHIE RETROGRADE

Dans le chapitre précédent nous avons déjà signalé les modifications que subit l'ombre de l'uretère par la présence des tumeurs papillaires. L'ombre obtenue par la méthode classique, dans la majorité des cas est d'une interprétation difficile à cause de l'insuffisance de la distension de l'uretère, seule capable de dépister l'irrégularité de la paroi.

Pour obtenir la distension parfaite *Chevassu* a proposé l'urétéro-pyélographie rétrograde, procédé empêchant le reflux du liquide dans la vessie. Elle est pratiquée sous contrôle de cystoscope à l'aide d'une sonde à instillation dont le bouchon n'est pas opaque aux rayons X. Après la distension du tractus, manifesté par la sensation de douleur, on a recours à la radiographie.

En 1931 *Chevassu* a présenté à la Société Nationale de Chirurgiens un cas de tumeur papillaire de l'uretère diagnostiqué grâce à un cliché d'une remarquable précision. « Ce cliché montre une énorme distension de l'uretère pelvien, dont le diamètre apparent atteint 2 cm. « La distension urétérale est nettement limitée par une zone non opaque biconvexe légèrement irrégulière qui dessine de façon remarquable la saillie supérieure bilobée de la tumeur papillomateuse, qui cause l'obstruction urétérale. La limite inférieure est située à 5 mm. environ, elle forme une petite boule opaque entre le papillome transparent et l'olive de l'instillateur également transparent collé à l'orifice urétéral... »

D'après l'auteur ce cas est unique aussi bien par sa méthode que par le résultat, en effet, nous n'avons pu trouver dans la littérature d'autres cas semblables. On peut espérer avec l'auteur, que l'urétéro-pyélographie ré-

trograde rendra un service incontesté dans le diagnostic des tumeurs cavitaires et particulièrement dans celles de l'uretère.

PYELOGRAPHIE DESCENDANTE.

La pyélographie descendante a été rarement employée pour le diagnostic des tumeurs papillaires du bassin et de l'uretère. Elle est de date relativement récente.

Melicow et Findley en 1932 n'ont pu en tirer un grand profit, l'uroselectan n'ayant montré que la dilatation du bassin et de l'uretère qui, lui, contenait plusieurs calculs. Cependant, *Serantes Monserras et Garcia* 1932 l'Abbrodil interveineux permet de diagnostiquer la tumeur du bassin. Faute de documents, il serait prématuré de prévoir de l'utilité qu'on en pourrait tirer. Néanmoins son concours pourrait être précieux dans les cas où :

1°) La tumeur vésicale ou urétérale, cachant l'orifice, rend le cathétérisme impraticable,

2° L'orifice, se trouvant dans le diverticule vésical, est invisible,

3° L'urétérographie échoue à cause de reflux vésical ; même incapable de fournir les éléments diagnostiques pour les tumeurs, elle nous révélera au moins l'état du bassin et de l'uretère au-dessus de l'obstacle.

Le Diagnostic

Le diagnostic des tumeurs papillaires du bassin et de l'uretère, dans la majorité des cas, est difficile. Cette difficulté réside :

1° Dans la rareté relative de cette affection.

2° Dans la symptomatologie commune aux nombreuses affections rénales.

3° Dans la fréquente absence des signes pathognomoniques.

Ces difficultés expliquent la rareté des diagnostics préopératoires posés jusqu'à 1920. Les 23 cas diagnostiqués qui représentent 15% des cas, sont répartis de la façon suivante.

Dans 11 cas des tumeurs urétérales le diagnostic fut relativement facile, le papillome étant visible au cystoscope.

Sur les 12 autres, il n'y avait que 6 cas des tumeurs papillaires du bassinet diagnostiqués d'emblée : *Albarran* 1899, *Legueu* 1909, *J. et P. Fiolle* 1909, *Paschkis* 1910, *Lion* 1913 et *Morogna* 1914.

Les autres 6 cas ne furent diagnostiqués qu'après la néphrotomie, cas d'*Albarran* et *Le Dentu* 1897, *Israel* 1899, *Reynes* 1910, *Pels Leusden* 1902, *De Graeuw* 1903, *Scholl* 1911. Mais à partir de 1920 grâce au perfectionnement des investigations diagnostiques, et surtout à l'application systématique de la pyélographie, le pourcentage est notablement accru, représentant 60% des cas.

Dans ces dernières années l'échec du diagnostic devient de plus en plus rare.

Chauvin et *Cerati* trouvent que le diagnostic des tumeurs urétérales est porté dans un tiers des cas publiés. Le diagnostic puise ses éléments dans la symptomatologie clinique et les examens laboratoires et radiographiques pratiqués méthodiquement. Repassons brièvement chacun de ces éléments étudiés dans les chapitres précédents. Dans la triade des symptômes cliniques : l'hématurie, la douleur, la tumeur, l'hématurie est la plus importante, lorsque son origine reno-urétérale est démontrée.

L'hématurie provoquée par le massage du rein ou de l'uretère, par le toucher vaginal ou rectal, rend un service précieux, ainsi que la « butée sanglante ».

La douleur et la tumeur, signes inconstants, n'ont d'intérêt que lorsqu'il sont dûs à l'hydronéphrose intermittente.

L'examen microscopique des urines peut nous révéler les débris tumoraux, les cellules néoplasiques et l'hématurie microscopique. La présence de ces éléments dans la vessie indemne témoignera de leur origine pyélourétérale.

La cystoscopie montrera le papillome de l'uretère ou de la vessie, ainsi que la source de l'hématurie. Le papil-

lome siégeant au niveau de l'orifice saignant doit être considéré comme un signe pathognomonique d'un papillome pyélo-urétérale. Enfin la pyélographie et l'urétérographie, pratiqués après la radiographie simple, acheveront l'examen complet. Elle peuvent montrer :

1° En l'absence de l'hématurie, si la tumeur palpable appartient ou non aux voies urinaires.

2° L'image lacunaire ou voilée caractéristique pour les papillomes pyélo-urétéraux.

Cependant, malgré tous ces procédés, même pratiqués à plusieurs reprises, le diagnostic peut rester en suspens ; alors seule la lombotomie et la néphrotomie exploratrice peuvent résoudre le problème.

Leguen en 1928 a pu diagnostiquer la présence d'une tumeur du bassinet par la lombotomie exploratrice. *Bazy* en 1906 et *Aschner* en 1921 pratiquèrent la decapsulation croyant avoir affaire à l'hématurie essentielle. La néphrécomie ne fut pratiquée que plus tard.

Reschke, en 1924, découvrant des villosités dans les deux reins, fit la néphrécomie droite 5 jours après la néphrotomie gauche. On rapporte même des cas où la néphrotomie à laquelle rien ne semble échapper, à première vue, est impuissante à découvrir un petit polype caché dans le calice. *Israel* 1901.

Le diagnostic différentiel se discute avec la tumeur du rein, l'hématurie essentielle, l'hydronephrose, le calcul et, dans les cas rares, avec la tuberculose.

Le diagnostic du calcul fut porté rarement. Le diagnostic différentiel entre le calcul et la tumeur est en général facile. L'hématurie calculeuse est provoquée et nettement influencée par le repos, elle est moins abondante, souvent on observe l'élimination des graviers ou des petits calculs. La radiographie simple pratiquée d'emblée écarte l'erreur dans ces calculs visibles. Le calcul invisible peut par contre causer une erreur, en donnant à la pyélographie l'aspect lacunaire caractéristique des tumeurs pyéliqués, *Clifford Morson* 1933. On doit tenir compte de l'association possible du calcul et des tumeurs.

Quand il s'agit d'une tumeur renale, le diagnostic différentiel est beaucoup plus difficile. Les symptômes cliniques sont les mêmes. Le diagnostic différentiel se pose par le cystoscope, si à côté de l'orifice saignant on aper-

çoit un polype. Le phénomène de la « butée sanglante » rend également service. Mais le plus souvent seule la pyélographie est le moyen ultime. Dans la tumeur renale les calices sont comprimés et allongés, mais leur contour est bien dessiné.

Il n'est pas rare de voir par la radiographie simple une tache à contour bien limité dans l'ombre du rein.

Les tumeurs papillaires sont opérées souvent sous le diagnostic d'hydronéphrose, c'est le cas le plus fréquent. Seuls les éléments de diagnostic peuvent être fournis par le cathétérisme, la cystoscopie et la pyélographie. Quant à l'hématurie essentielle, le diagnostic présente de réelles difficultés dans les cas des petits papillomes. On a vu des cas où même après la néphrotomie exploratrice le rein paraissait normal (cas de *Bazy*).

En faveur de l'hématurie essentielle plaident en général la bilatéralité de l'affection et la conservation du fonctionnement rénal. Pour *Marion*, l'un des caractères de l'hématurie essentielle reside dans l'absence des caillots, ce qui dépendrait d'après *Legueu* et *Papin* uniquement de l'abondance de l'hématurie. Seuls l'examen des urines, la cystoscopie et la pyélographie pourraient différencier les tumeurs des hématuries essentielles, mais on sait combien il est parfois difficile, malgré ces examens, de poser un diagnostic correct. Les hématuries des hémogéniques se caractérisent par la constatation de tares sanguines spécifiques : prolongation du temps de saignement alors que la coagulation s'effectue en un temps normal ou subnormal ; irretractibilité du caillot ; absence ou grande diminution des hématoblastes ; fragilité des capillaires que met en évidence le signe du lacet. La confusion des tumeurs avec la tuberculose est beaucoup plus rare, on se guidera par la présence des B.K., des signes de *Columbino*, l'examen chimique et l'urographie intra-veineuse.

E v o l u t i o n

L'évolution des tumeurs typiques et atypiques est identique. Abandonnées à elles même, elles aboutissent

par l'anémie progressive, l'urémie ou la cachexie cancéreuse dans un laps de temps variable à l'issue fatale, causée par l'anémie progressive, l'urémie ou la cachexie cancéreuse.

Les tumeurs au cours de leur évolution donnent des complications locales et générales.

Les complications locales résultent de leur situation cavitaire. Les urétéro-hydro-hémo-pyo-néphroses observées le plus souvent dans les tumeurs de l'uretère sont les types de rétention mécanique.

On a noté quelques cas avec hématome perirénale : *Perlmann* 1926, *Chauvin* 1931, des fistules pyélooduodénales ; *Kaufmann* 1896, ou les périnéphrites, rendent impossible la néphrectomie à cause des adhérences. En dehors de ces complications, les tumeurs typiques sont longtemps compatibles à la vie, sans causer une aggravation appréciable, elles évoluent lentement, affaiblissant le malade par l'hématurie fréquente de plus en plus abondante. Ces cas sont assez rares, car la transformation maligne des tumeurs, parfois précoce, aggrave l'évolution et le malade devient alors la proie des métastases et de la cachexie progressive.

Les tumeurs atypiques d'emblée évoluent plus rapidement et parfois, même les opérations précoces, sont incapables de modifier leur marche. Divers types de l'évolution étant traités dans d'autres chapitres, nous n'insistons pas d'avantage ici.

T r a i t e m e n t

Le choix du traitement des tumeurs pupillaires du bassinet et de l'uretère, suivant la localisation de certaines formes, en particulier des tumeurs urétérales basses situées reste encore discuté. La grande majorité des auteurs est, cependant, unanime sur la nécessité de l'opération radicale, consistant dans la néphro-urétérectomie totale.

C'est en 1899 qu'*Albarran* la proposa comme l'opération idéale, laquelle d'après lui doit être la règle dans les tumeurs papillaires du bassinet, même lorsque l'uretère ne semble pas envahi. Cette idée fut bientôt soutenue par *Israël* en 1901. *Legueu*, par contre, ne voit pas la nécessité pressante de l'urétérectomie d'emblée, dans les cas du polype pédiculé du bassinet sans signe de greffe urétérale. A deux reprises différentes, en 1909 et en 1928 il se contenta d'une néphrécomie simple pour les cas où le diagnostic préopératoire fut établi. Malheureusement nous ignorons la suite éloignée de ces interventions.

Il est à remarquer que la conception d'*Albarran*, bien qu'admise par la majorité des chirurgiens, n'est pratiquée que par quelques rares auteurs, tandis que l'opération conservatrice ou partielle est pratiquée beaucoup plus souvent, malgré le nombre restreint des partisans de *Legueu*.

Ces deux idées, dominantes mais opposées, guident la tactique du chirurgien, et nous nous demandons où réside la cause de cette divergence d'opinion d'une part et d'autre part quelle est la raison qui fait éviter ce traitement aux auteurs mêmes qui l'admettent comme la seule opération logique ? Il nous semble que les auteurs sont conduits à de fausses conclusions par l'interprétation des statistiques basées sur les publications des cas non suivis ou suivis insuffisamment.

Paris en 1929 a étudié particulièrement l'évolution post-opératoire des polypes du bassinet. Sur 29 cas suivis il a trouvé les polypes récidivants après la néphrectomie ou la néphro-urétérectomie partielle, dans une proportion de 83%. Parmi les 7 cas non récidivés, un seul fut contrôlé pendant 10 ans. L'observation des autres cas ne dépassait pas deux ans et demi au maximum, période insuffisante, à notre avis, pour juger de la guérison de cette affection.

On conçoit facilement que le chirurgien en présence d'un petit polype visible de l'uretère, guidé par la statistique optimiste, évite l'intervention importante et se contente d'une opération conservatrice ou d'une simple électrocoagulation.

Il est certain, comme le disent la plupart des auteurs, que le choix du traitement varie suivant que le diagnos-

tic préopératoire est posé ou non et, nous envisageons successivement ces deux éventualités.

Voyons d'abord les cas où le diagnostic est établi.

Les tumeurs papillaires de l'uretère qui se présentent sous des aspects différents exigent des traitements appropriés.

1. Lorsque le polype de l'uretère est implanté sur l'un des bords du méat, on procède à l'électrocoagulation.

2. Si le polype fait hernie dans la vessie, l'électrocoagulation doit être complétée par l'examen détaillé du tractus urinaire.

En principe, on n'est autorisé à recourir à l'électrocoagulation que dans le cas où le point d'implantation est visible avec l'intégrité du tractus, rendue évidente ; encore faut-il prévenir le malade de se présenter à des périodes régulières variant d'un à trois mois, même s'il n'éprouve rien d'anormal. (On sait en effet, que certains polypes peuvent atteindre des volumes considérables sans donner le moindre signe révélateur).

Marion en 1919 fut le premier à avoir fulguré le polype urétéral procidant dans la vessie. D'après lui, il importe d'abord de localiser la tumeur par la sonde diathermique, poussée dans la lumière. A la première sensation de l'obstacle on commence l'étincelage avec des courants de faible intensité. Une fois l'uretère étincelé sur une étendue de quelques centimètres, il faut mobiliser l'électrode pour éviter la perforation possible de l'uretère.

L'étincelage est en général indolore, en cas de nécessité on recommence la séance 5 à 6 semaines plus tard jusqu'à la guérison complète (! ?)

Dans le premier cas *Marion* eut un résultat satisfaisant, cependant ce procédé à l'aveugle ne peut pas être admis comme un traitement rationnel.

Après lui ce procédé fut appliqué par *Joseph* en 1924 et par *Gottlieb* en 1926, par ce dernier délibérément, comme un traitement d'attente ; par *Nora* en 1930, sans résultat, d'ailleurs, car, plus tard, il fut obligé de pratiquer l'uréterectomie totale.

Par contre les cas de *Chevassu* (1931) et *Chauvin* (1931) sont seuls justifiables de cette thérapeutique, car il ne s'agissait plus du choix d'un procédé mais d'un trai-

tement palliatif forcé. Dans le premier cas l'intervention est contre indiquée par l'azotémie élevée au-dessus de 0,60 chez un vieillard affaibli. Le malade du second cas présentait des polypes bilatéraux. Ces deux types sont ceux où l'électrocoagulation trouve toute son indication.

Chauvin et *Cerati*, tout en réservant à l'électrocoagulation une indication restreinte, trouvent qu'elle est... « séduisante pour le traitement des tumeurs procidantes à pédicule nettement individualisé. Si ces tumeurs sont uniques elles peuvent nous donner des guérisons définitives ». A notre avis, on ne peut s'associer à cette conclusion qu'avec une grande réserve. On sait, en effet, combien ces polypes de l'uretère, ou situés immédiatement autour de l'orifice, sont rebelles au traitement, donnant des récives avec une rapidité déconcertante et ne cedant qu'à la néphro-urétérectomie, même quand l'uretère et le bassinnet paraissent indemnes.

OPERATIONS CONSERVATRICES.

L'ablation des polypes par la voie transvésicale fut pratiquée par *Albarran*, *Heresco* 1901, *Mackenrodt* 1903, *Saar* 1913, *Finsterer* 1915, *Hofmann* 1916, *Max Grauhan* 1921, *Bachrach* 1929, *Mayer* 1929, *Vieten* 1930.

Les opérations conservatrices furent pour la plupart pratiquées après l'échec de l'électrocoagulation.

Voici brièvement la tactique employée. Une fois la taille pratiquée, on procède à la recherche de l'uretère juxta-vésical. Après avoir ouvert la vessie au-dessus de l'uretère dans lequel est placée au préalable la sonde urétérale, on dirige l'incision en haut et en dehors. On trouve facilement dans ces conditions l'uretère, qu'on attire dans la plaie vésicale, on l'incise sur une certaine longueur pour découvrir le polype que l'on enlève avec la portion urétérale, puis on fixe l'uretère dans la paroi vésicale et l'on pratique l'implantation de l'uretère avant de suturer entre elles les lèvres de la plaie vésicale. On met un drain vésical, autour duquel on ferme la vessie et la paroi.

Max Grauhan, en 1926, fut obligé de pratiquer la néphrectomie bientôt après l'uretero-néocystostomie, à cause de l'hématurie incoercible.

Heresco, également, a dû enlever bientôt le rein, à cause de l'infection.

Au sujet des autres observations, les documents manquent, et ils sont classés parmi les cas de guérison (? !)

Malgré l'assurance des auteurs, cette opération, pour des raisons différentes, ne peut être admise comme un traitement rationnel. On sait combien sa réussite est rare, et notre maître le Dr *Ed. Papin* n'a pu trouver que 6 cas dans la littérature française, avec résultats éloignés satisfaisants. A la Société Française d'Urologie, le 15 mai 1933, rapportant le cas de Kessler, il disait : ... « Si le rein opposé est très bon on préférera souvent la néphrectomie, opération simple et sûre à la réimplantation urétérale, c'est que l'uretéro-néocystostomie a une mauvaise réputation ; elle a contre elle une mortalité immédiate non négligeable et des résultats éloignés fréquemment mauvais ? »

Cette opération, si mal réputée pour l'uretère normal, est à rejeter dans le cas des tumeurs papillaires, car, outre les raisons mentionnées, elle complique l'intervention ultérieure en cas de récurrence. L'urétérectomie totale, dans ce cas, devient difficile, sinon impossible, par la formation des adhérences dans la région délicate de l'extrémité inférieure de l'uretère. En outre, remarquons que l'uretéro néo-cystostomie est une opération demandant, à quelques minutes près, le temps de la néphro-urétérectomie totale, et, par conséquent le malade subit le même choc.

Marc Papin, en 1924, pratiqua la resection de l'uretère avec l'urétérographie circulaire; son malade également est classé parmi les cas de guérison. Mais nous ne connaissons pas les suites de cette opération.

Nous n'insistons pas sur le résultat de l'urétérographie, l'avenir de ces uretères étant bien connu depuis les travaux de *Gouverneur* et *H. Marion. Walter*, en 1903, pratiqua l'urétérectomie partielle, allant de la vessie à la région iliaque, laissant une fistule urétérale. Un cas analogue a été présenté par *Dos Santos* au Congrès International d'Urologie, en 1933. Il pratiqua une urétérostomie iliaque du bout supérieur de l'uretère, après avoir enlevé l'uretère inférieur avec la collerette vésicale, en espérant la compléter bientôt par la néphro-urétérectomie secondaire. (La mort du malade empêcha cette tentative).

Parmi les opérations conservatrices, l'urétérostomie iliaque, précédée par l'ablation du bout inférieur de l'uretère y compris la resection de la vessie, est le seul procédé logique.

N E P H R E C T O M I E .

La néphrectomie représente 69% des cas de toutes les interventions. Elle est pratiquée le plus souvent pour le diagnostic de la tumeur du rein, l'hydronéphrose, le calcul ou une autre affection renale. Dans bien des cas la néphrectomie fut pratiquée secondairement après la néphrotomie exploratrice, elle est de 10,5 pour cent de cas.

La technique de la néphrectomie n'a rien de différent de celle pour hydronéphrose ou tumeur du parenchyme. La voie transpéritonéale, employée par les auteurs anciens, est de plus en plus délaissée en faveur de la néphrectomie lombaire. Après l'incision de la couche musculaire, le rein peut se présenter sous différents aspects, nécessitant des techniques appropriées. Parfois le rein apparait sous un aspect normal, dans ce cas l'opération est simple.

Le plus souvent elle est plus ou moins hydronéphrotique avec ou sans adhérences ; la technique est identique, cependant il importe de savoir que souvent cette hydronéphrose contenant une tumeur à tendance à se développer du côté du pédicule vasculaire. Dans ce cas, le pédicule devient parfois friable, à cause du contact de la poche souvent enflammée.

L'isolement de ce pédicule devient difficile et délicat et la moindre traction peut le détacher. Dans un cas, observation inédite, extériorisant le rein *Dr Papin* sans forte traction a vu le pédicule se détacher avec une grande facilité. Cette friabilité est plus souvent remarquée par les chirurgiens dans les tumeurs de l'uretère. Les grosses hydronéphroses adhérentes exigent la prolongation de l'incision vers le haut et souvent avec la resection de la douzième côte.

Des collections sanguines furent trouvées après incision de la paroi par *Perlmann* 1926, par *Chauvin* 1931,

et par *Papin*, elle étaient dues à une hématonéphrose communiquant par une brèche de la paroi. Ces hydro-néphroses infectées à paroi fragile sont parfois la cause de phlegmons périnéphritiques, cas de *Wedensky* et *Il-jin* 1927 et l'observation inédite IV.

Si l'épanchement sanguin permet après le nettoyage d'effectuer la néphrectomie, il n'en est pas de même quand il s'agit de phlegmons périnéphritiques remettant la néphrectomie à une date éloignée.

Souvent la néphrectomie est difficile, et *Morogna*, en 1914, n'a pu enlever le rein que par la marsupialisation, mais le malade succombait bientôt à une anurie complète. *Retzlaff* 1904, devant la néphrectomie impossible, se contenta de l'ablation de la tumeur.

NEPHRO - URETERECTOMIE PARTIELLE

La néphro-urétérectomie partielle avec l'ablation de l'uretère de 5 à 15 cm. est pratiquée assez souvent, elle représente 24,5% des cas.

Cette opération, préconisée dans le but de diminuer la chance de récurrence, et, par, conséquent d'éviter l'urétérectomie complémentaire, n'a pu donner les résultats qu'on en espérait. En réalité les greffes se localisant le plus fréquemment à l'extrémité inférieure de l'uretère ; cette opération n'est pas de beaucoup supérieure à la néphrectomie simple. En effet, l'urétérectomie secondaire pour récurrence après la néphrectomie simple, est observée dans 21% après la néphro-urétérectomie partielle.

Quant au pourcentage des guérisons, dans la néphrectomie et dans la néphro-urétérectomie partielle ou subtotale, pris ensemble, il est de 14 pour cent de cas. (Cas non récidivés). Ces chiffres ne paraissent pas répondre à la réalité et doivent être pris comme résultats immédiats de l'intervention plutôt qu'une preuve de la guérison de cette affection.

NEPHRO - URETERECTOMIE TOTALE.

Nous avons indiqué à plusieurs reprises la néphro-urétérectomie totale comme la seule opération logique aussi bien pour la tumeur papillaire du bassinet que de l'uretère. Elle consiste dans l'ablation en bloc du rein,

de l'uretère et de la partie de la vessie autour du meat urétéral. Elle est subtotale si on laisse l'uretère au niveau de l'utérine ou du deferend, et même si l'on sectionne au ras de la vessie.

Une des causes de la rareté de cette opération réside dans la difficulté d'ablation du bout terminal de l'uretère, ce qui explique la fréquence relative de la néphro-urétérectomie subtotale ou partielle.

Il existe plusieurs méthodes de la néphro-urétérectomie totale, la technique transpéritoneale est rarement employée à cause du choc et de la péritonite; cependant *Bissel* préfère cette technique, surtout chez la femme. Avant lui *Pleschner* et *Paschkis*, en 1920, rapportèrent un cas opéré par cette voie avec le résultat satisfaisant. Par contre à la voie abdomino lombaire appartient la suprématie.

La voie abdomino-lombaire peut s'effectuer par une ou double incision.

Une seule incision lombaire représente la prolongation de l'extrémité inférieure de l'incision d'une néphrectomie courante. Cette incision prolongée va parallèlement à l'arcade jusqu'au bord externe du droit, et s'il le faut, coupant l'épigastre jusqu'à la ligne médiane.

Cette voie permet de pratiquer la néphro-urétérectomie totale suivant la technique de la double incision, l'une haute, l'autre basse. Certains auteurs cependant préfèrent opérer en deux temps, en rapprochant les séances autant que possible. Ayant observé plusieurs cas opérés par notre maître Dr *Ed. Papin*, couronnés de succès, nous ne pourrions mieux faire que présenter la description communiquée par lui à la Société Nationale de Chirurgie en 1932. Cette incision, tout en donnant autant de jour que les autres procédés, est beaucoup plus conservatrice.

TECHNIQUE

DE LA NEPHRO-URETERECTOMIE TOTALE

On place le sujet en décubitus dorsal en position de Trendelenburg. L'opérateur se met du côté à opérer, on vide la vessie et on pratique l'incision médiane longue

allant de la face intérieure de la symphyse jusqu'à l'ombilic. On écarte les pyramidaux et les droits qu'on désinsère de chaque côté, d'un coup de ciseau, sur 10 à 15 millimètres.

On place un écarteur de Gosset.

Décollement de la face antérieure de la vessie et de ses faces latérales, on a un bien meilleur champ et une vue facile des points de repère en faisant l'extrapéritonisation de la vessie. Pour cela, après avoir poussé l'ou-raque à son insertion vésicale, puis, ouvrant délibérément le péritoine, on circonscrit la zone adhérente de la séreuse, qui est sectionnée en rondelle. La brèche péritonéale est aussitôt refermée par surjet.

« La vessie vide, saisie par une pince en cœur à son sommet, est rabattue en avant et le décollement continue le plus bas possible. On a alors sous les yeux la région terminale de l'uretère, région prédéférentielle chez l'homme, région pré-ligamentaire chez la femme.

Chez l'homme, entre la vessie réclinée en avant et le rectum qui bombe en arrière, on voit très bien les canaux déférents et un peu la partie supérieure des vésicules séminales. L'artère ombilicale se trouve tendue à la partie externe, soulevée en méso. Il peut y avoir intérêt à la sectionner.

C'est à l'union de l'aponévrose ombilico-prévésicale (méso de l'ombilicale) et de l'aponévrose prostatopéritonéale, que l'uretère pénètre dans la loge périvésicale.

Le canal déférent, après avoir surcroisé l'artère ombilicale, vient passer par-dessus l'uretère pour gagner le bord supérieur de la vésicule séminale.

Dans cette région limitée, l'uretère est croisé par les rameaux de l'artère génito-vésicale, rameaux vésico-prostatiques et vésico-déférentiels. Les rameaux vésicaux passent sur l'uretère, les autres dessous.

Un énorme amas veineux entoure l'uretère, mais les veines du pédicule génito-urinaire sont surtout postérieures. Il faut encore ajouter à ces vaisseaux la masse de filets nerveux du plexus hypogastrique et un tissu cellulaire dense qui l'engaine jusqu'à la vessie.

Chez la femme, l'uretère pénètre dans la base du ligament large qu'il traverse obliquement d'arrière en avant et de dehors en dedans, à mi-distance de la paroi pel-

vienne formée à ce niveau par le releveur de l'anūs et de l'isthme utérin. La distance entre l'uretère et l'utérus varie d'un côté à l'autre, parce que l'utérus est rarement médian; cette distance varie de 1 à 3 centimètres. L'artère utérine pénétrant aussi dans la base du ligament large, en dehors de l'uretère glisse sur son bord externe sur 2 à 3 centimètres de long, puis elle change brusquement de direction, passe devant l'uretère et remonte en dedans de lui, en décrivant de nombreuses flexuosités. Lorsqu'elle atteint le bord de l'utérus, l'artère est nettement postérieure à l'uretère. Dans cette région, l'artère utérine donne un certain nombre de branches, c'est d'abord une artère vaginale longue qui descend derrière l'uretère, puis les branches vésico-vaginales, qui naissent avant le croisement et se dirigent vers le vagin et la vessie en restant en dehors de l'uretère, enfin la cervico-vaginale naît immédiatement après le croisement et suit le bord interne de l'uretère.

Les veines sont nombreuses : c'est d'abord un plexus cervico-vaginal et vésico-vaginal qui est pré-artériel et externe par rapport à l'uretère, mais les plus grosses veines passent derrière l'uretère où l'on trouve un gros tronc veineux qui reçoit des veines cervico-vaginales, vésico-vaginales et utérines.

C'est surtout ce plexus veineux, extrêmement serré, dont les branches s'anastomosent autour de l'uretère et forment un véritable réseau, qui rend très difficile la découverte de cet organe et dont la blessure provoque des hémorragies qui rendent ce temps opératoire encore plus difficile.

Un plexus nerveux extrêmement abondant, appartenant au plexus hypogastrique, vient encore compliquer la dénudation de cet organe.

L'uretère, en sortant de la base du ligament large, se dirige fortement en dedans, en glissant entre la vessie en avant et le vagin en arrière. Latéralement, l'uretère est à 15 millimètres du cul-de-sac latéro-vaginal ; en avant, il est exactement sur le fond du cul-de-sac antérieur.

Les rameaux cervico-vaginaux de l'utérine, accompagnés de nombreux filets nerveux issus du plexus hypogastrique et de nombreux lymphatiques, entourent la partie antérieure de l'uretère. Celui-ci est entouré d'une gaine

particulière formée par le tassement du tissu conjonctif et dont le sépare la gaine lymphatique de Waldeyer.

Pour découvrir l'uretère chez l'homme, il faut rechercher le canal déférent. C'est immédiatement au-dessous et en dehors de lui qu'on trouvera l'uretère. Les vaisseaux sont écartés doucement, la gaine est incisée ou dilacérée et on passe, au-dessous de l'uretère, une aiguille mousse pour le charger sur un fil. Le temps le plus important est exécuté. Il ne s'agit plus que de décoller patiemment l'uretère vers la vessie. S'il est nécessaire de réséquer la corne vésicale, on la soulève avec deux pinces à grilles pour l'inciser franchement, puis découper une collerette péri-urétérale.

La vessie est alors fermée par deux plans de sutures à points séparés.

Chez la femme, l'uretère doit être recherché au-dessous du pédicule utérin, isolé et traité de même.

On peut opérer de différentes façons, qui dépendent parfois de la précision des examens.

Lorsqu'on est sûr d'avance d'avoir à enlever tout l'uretère, on commencera par en bas et, après avoir coupé l'uretère, on le dégagera par dessous le déférent ou par-dessous le pédicule utérin, ou bien on coupera ces organes si c'est indispensable, puis, l'extrémité enveloppée d'une mince couche de gaze bien serrée par un fil est abandonnée dans la plaie, qui est refermée. On ouvre alors la région lombaire et l'on retire le rein et l'uretère par en haut. Mais la lésion urétérale a pu être méconnue et c'est au cours de la découverte du rein qu'on reconnaît la nécessité de l'urétérectomie : alors il est plus simple de faire la néphrectomie en coupant l'uretère le plus bas possible, pour aller chercher par en bas le reste de l'organe.

Dans certains cas, où l'on a débuté par l'incision basse, on peut se trouver en présence d'un uretère fragile qui aurait chance de se rompre quand on le tire en haut : il vaut mieux réséquer à part la portion pelvienne et retirer seulement le reste par voie haute. Dans ces cas, il n'est pas nécessaire de sectionner le déférent ou le pédicule utérin. »

Certains auteurs, cependant, préfèrent opérer en deux temps, pour éviter le choc opératoire. Ils procèdent de deux façons, soit on commence par le rein avec une par-

tie de l'uretère, en enlevant préalablement la colletette vésicale de l'uretère.

Scholl pratiqua la resection de la vessie avec l'urétérectomie partielle pour la compléter deux semaines plus tard. *D'Aunoy, Regney et Zoller* ont pratiqué la néphro-urétérectomie totale en deux temps par le même procédé dans un intervalle de 40 jours. Le malade de *Scholl* néanmoins présentait la récurrence dans la cicatrice vésicale dont il est mort sans avoir subi d'autre intervention.

Pour diminuer le choc opératoire, les auteurs russes recommandent de pratiquer la greffe de *Voronoff* dans tous les cas de la néphro-urétérectomie totale *Gorasche*.

Il serait prématuré de juger sur le résultat éloigné de la néphro ureterectomie totale, le nombre des cas atteignant à peine 25. La mort due à l'embolie fut observée par de *La Mazza* et par *Key* et *Akerland* mais il est à remarquer que ces deux cas furent opérés par la voie transpéritonéale.

Dans les deux techniques prises ensemble, la mortalité opératoire est égale à 0,8%. Tandis que pour la voie transpéritonéale elle est de 50%. Nous ne prenons pas en considération le cas de *Helper* 1931, le malade étant mort deux mois plus tard de pneumonie caséuse.

Les récurrences vésicales furent notées : par *Burford* un mois plus tard, *Player Lionel* 1928 deux ans plus tard.

Pour les autres opérations, nous sommes très peu renseignés sur la suite éloignée de cette intervention.

Certains auteurs, en particulier les américains, préconisent la physiothérapie telles la radio ou la radiumthérapie profonde.

La radiothérapie fut tentée par *Aschner*, sans résultat d'ailleurs. *Marion* et *Thomas* et *Regnier* n'eurent plus de succès après le radium et la radiothérapie profonde.

Le diagnostic n'est pas posé. Le rein extérieurement normal est plusieurs fois remis en place. Le chirurgien croyant avoir affaire à une hématurie essentielle, pratiquait la décapsulation avec ou sans néphropexie; tels sont les cas de *Bazy* 1906, *Fenwick* 1897, *Aschner* 1921, *Dérévénko* 1908, *Spies* 1912. Mais dans tous ces cas on a dû faire la néphrectomie secondaire dans le délai variant d'un mois à un an après la première intervention.

Fenwick n'a pu trouver la tumeur, malgré la néphrotomie exploratrice.

Aschner, ayant décapsulé et fixé le rein, pratiqua avec succès la néphro-urétérectomie totale un an et demi plus tard.

Les nombreuses néphrotomies sont appliquées au traitement des tumeurs urétérales par suite d'une erreur de diagnostic. On pensait à une tumeur du rein ou à une hydronéphrose, mais le vrai diagnostic est établi soit au cours de l'opération, soit plus tard quand la greffe se produisait dans la vessie ou dans l'uretère.

Vu: Le Doyen, Vu: le Président
de Thèse,
ROUSSY

Gosse

Vu et permis d'imprimer:
Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY

R é s u m é

- 1) Les tumeurs papillaires du bassin et de l'uretère sont rares. On en connaît environ 400 cas.
- 2) Elles sont de deux espèces : papillomes à cellules typiques, dits bénins, papillomes à cellules atypiques, dits malins ; elles sont à peu près d'égale fréquence.
- 3) Elles sont uniques ou multiples.
- 4) Les sièges de prédilection sont le collet de l'uretère, les bords du bassin et les extrémités de l'uretère.
- 5) Les deux formes sont susceptibles de fournir des récidives soit sur place, soit dans un point quelconque du bassin, de l'uretère ou de la vessie.
- 6) Elles sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme et surtout de 45 à 60 ans.
- 7) On a considéré les calculs et les conditions héréditaires comme causes favorisantes, sans preuves suffisantes.
- 8) Les symptômes essentiels sont dans l'ordre : l'hématurie, la douleur, et la tumeur.
- 9) L'hématurie a le caractère de celle des tumeurs rénales, mais plus précoce.
- 10) La douleur et la tumeur sont du type de l'hydronéphrose intermittente.
- 11) La cystoscopie peut montrer : a) une tumeur vésicale, b) une tumeur urétérale, c) un orifice saignant.
- 12) Le cathétérisme fournit le signe dit : « butée sanglante ».
- 13) La pyélographie montre : a) un défaut de remplissage, b) une image lacunaire à bords irréguliers, c) une ombre voilée et mouchetée.
- 14) La pneumopyélographie peut aussi rendre service.
- 15) L'urétérographie rétrograde est utile surtout dans les cas de reflux vers la vessie.

- 16) L'urographie intra-veineuse est indiquée quand le cathétérisme est impossible.
 - 17) L'examen des urines permet de déceler les débris de tumeurs et les cellules atypiques.
 - 18) Le diagnostic doit se faire entre une tumeur du rein, un calcul, une hématurie essentielle ou une hydro-néphrose.
 - 19) L'évolution est fatale, si la lésion n'est pas traitée précocement.
 - 20) Le traitement est chirurgical et radical, consistant dans la néphro-urétérectomie totale d'emblée avec résection de la vessie autour de l'orifice urétéral.
 - 21) Les opérations endovésicales n'ont d'indication que dans les petites tumeurs vésicales ou dans les cas de bilatéralité. Ce n'est qu'un traitement palliatif.
-

Les observations inédites, dûes à l'obligeance de docteur Ed. Papin

OBSERVATION I

Monsieur P., 49 ans.

A uriné du sang en mai 1920, sans douleur. Jamais il n'y a eu d'autres hématuries, mais auparavant le malade avait eu plusieurs fois des urines noirâtres.

Point douloureux dans l'angle costo-lombaire droit. Radiographie négative.

Le 26 Septembre, nouvelle hématurie de sang noir durant toute la journée.

Cystoscopie difficile, sujet très gros : on ne voit plus de sang. La vessie d'aspect normal.

Cathétérisme du rein droit : ni pus, ni microbes, traces de sang, très nombreuses cellules épithéliales volumineuses de caractère urétéral, avec grandes cellules gigantesques à protoplasma chargé de granulations réfringentes qui font penser à des cellules néoplastiques mais on n'a pas constaté de mitoses.

$$\begin{array}{rcl} \text{Az} & = & 0,35 \\ \text{P.} & & 80 \text{ Kgs.} \\ \text{K} & = & 0,087 \end{array}$$

Opération le 3 Octobre 1920.

Sujet très épais, incision longue, grosse masse lipomateuse péri-rénale, le rein, de volume peu au-dessus de la normale, est isolé facilement, je le prends dans la main droite pour l'extérioriser, à ce moment, et sans que j'ai fait aucun effort, le rein me vient dans la main comme un fruit trop mûr. Flot de sang, tamponnement et clamps.

La plaie est laissée largement ouverte.

Le malade a succombé le lendemain au shock opératoire.

Examen : Rein bosselé, présentant une petite tumeur, incrustée à sa surface. A la coupe, bassinet dilaté, conte-

nant un gros polype dans sa partie supérieure, inséré sur la paroi postérieure du bassinnet avec petite greffe sur la paroi antérieure.

OBSERVATION II

Madame L., 71 ans.

Vue le 28 Novembre 1920.

En Juillet 1920, crise douloureuse dans le rein droit.
Aucun autre symptôme.

11 Novembre 1920, hématurie indolore durant 6 à 7 jours. Rétention vésicale de 24 heures.

Douleurs dans le rein droit.

Entre à l'hôpital le 23 Novembre.

On ne sent pas le rein.

Cystoscopie : rien d'anormal : le sang vient du rein droit.

K. 0,085.

Le 30 Novembre : néphrécomie.

Petit rein avec kystes superficiels.

Section : tumeur papillaire du bassinnet remplissant la moitié inférieure. Guérison.

17 Novembre 1921. Hématurie totale.

Aucun trouble urinaire.

Cystoscopie 22 Novembre — Gros polype au-dessus de l'uretère droit.

Destruction en 4 séances.

Revue guérie quelque temps après.

Morte un an plus tard (73 ans). Pas de détails.

OBSERVATION III

Madame R., 38 ans.

Vient à l'hôpital en Mai 1927.

Hématurie totale depuis 15 jours, sans douleurs.

Cystoscopie — pas de sang : petit polype vésical près de l'orifice urétéral gauche.

Radiographie négative.

Fulguration du polype en une séance.

Au milieu de Septembre, nouvelle hématurie avec caillots durant trois jours, accompagnée de colique néphrétique gauche et sans fièvre.

Amaigrissement, anorexie.

La malade revient nous voir le 27 Octobre. Elle présente dans le flanc gauche une énorme tumeur du volume des deux poings, ferme, élastique, un peu douloureuse, peu mobile, donnant le contact lombaire. Il s'agit d'un gros rein.

Cystoscopie. Vessie normale.

O. U. droit normal — Cathétérisé.

O. U. gauche saillant en cône : impossible à cathétériser.

Examen du sang :		Poly	74	}	%
Hémoglobine	60	Monocytes	12		
Globules rouges ...	2.960.000	Mono moyens	13		
» Blancs	7.000	Lympho	1		
AZ. = 44		K. = 0.115			

Radiographie négative.

Pyélographie : on réussit à pénétrer dans le rein gauche avec sonde opaque fine. La sonde est recourbée en haut, vers la ligne médiane. Grosse masse opaque à la hauteur de la quatrième lombaire, puis grosses taches floues disposées tout autour : énorme pyonéphrose.

Le 28 Novembre 1927, incision lombaire, découverte de la pyonéphrose, protection du champ, ponction au gros trocart, 2 litres de pus ; une déchirure du péritoine est fermée ; deux gros drains, suture partielle. La malade qui a subi une néphrotomie pour pyonéphrose il y a un mois, revient parce que son orifice est bouché et que le drain ne passe plus. Monsieur *Papin* décide de lui enlever immédiatement son rein.

Opération le 16 Janvier 1928. *Dr. Papin* : Néphrectomie secondaire. Incision longue circonscrivant l'orifice de la fistule. Resection de la 12-ème côte. Recherche du plan de clivage en bas. Rein isolé. Ouverture du péritoine en haut, fermeture immédiate. Resection du rein sur pinces. Isolement du pédicule vasculaire. Ligature. Le péritoine a été largement ouvert. On le suture à la paroi postérieure. Fixation de la coque péri-rénale aux muscles. Petit tamponnement Mickulicz. Suture incomplète de la paroi laissant passer les mèches.

Il s'agit d'un rein contenant une masse de papillomes, dont l'un bouchait l'orifice urétéral.

Suites : simples. Les mèches ont été retirées le quatrième jour.

La plaie guérit peu à peu, mais la malade allait s'affaiblissant, et elle mourut de cachexie progressive deux mois et demi environ après la seconde intervention.

OBSERVATION IV

Monsieur V., âgé de 46 ans est entré à l'Hôpital Saint Joseph le 24 Avril 1928 pour hématurie.

Au mois d'Octobre 1926, le malade eut une première hématurie, spontanée, totale, indolore ou, du moins, n'ayant provoqué qu'une vague sensation de pesanteur dans la région des lombes. Le malade ne s'en inquiète pas.

Jusqu'en Octobre 1927, il n'y eut aucun trouble urinaire.

A cette date, apparurent brusquement des douleurs abdominales violentes, d'abord diffuses, puis localisées dans le flanc gauche sans irradiation, durant d'exacerbations, calmées par la morphine.

En même temps, survenait une hématurie totale, abondante, avec caillots dont le passage provoquait de vives douleurs ; elle dura huit jours environ.

Il n'y avait pas d'autres troubles urinaires.

En Novembre et Décembre 1927, nouvelles hématuries. A la fin de 1927, apparut une pollakiurie, surtout diurne, avec seulement une ou deux mictions la nuit, brûlures fréquentes, urines troubles le matin, s'éclaircissant dans la journée.

En Janvier 1928, grosse hématurie, durant 8 jours et, présentant les mêmes caractères.

Au début d'Avril 1928, hématurie semblable durant 4 jours.

C'est à la suite de ce dernier accident que le malade vint à l'Hôpital.

Dans ses antécédents, il faut noter, en 1916, une congestion pulmonaire avec hémophthisie, suivie de sclérose pulmonaire avec emphysème.

Deux enfants bien portants.

Le malade, quoique un peu pâle, a un bon aspect général.

A la palpation, on ne sent pas le rein droit, mais on sent un peu le rein gauche et la pression dans l'angle costo-vertébral est légèrement douloureuse.

Il n'y a pas de varicocèle.

Examen cystoscopique le 12 Janvier 1928 :

Bonne capacité vésicale.

Vessie normale.

Orifices urétéraux normaux : on note seulement un léger exsudat adhérent à l'orifice gauche.

Cathétérisme bi-latéral facile:

R. D. — Ur. 8,60

R. G. — Ur. 5,76

Le 26 Avril 1928 — Urée sanguine — 0,57

Le 26 Avril 1928 — Urée sanguine — 0,57

K — 0,114

Pyélographie le 17 Janvier 1928 : cliché II.

On pratique la pyélographie bi-latérale qui donne des résultats remarquablement typiques : à droite, bassinnet normal avec deux grands calices bien dessinés ; à gauche, le grand calice supérieur manque ou, plutôt, il est comme aplati de haut en bas.

La fréquence des hématurie et leur spontanéité faisaient déjà soupçonner l'existence d'un néoplasme rénal. Cet aspect pyélographique fait porter le diagnostic ferme de néoplasme du bassinnet ou de néoplasme du rein faisant saillie dans le bassinnet, mais le premier diagnostic paraît le plus probable à cause de l'abondance des hématuries et du petit volume du rein malgré une évolution déjà ancienne.

L'intervention a été pratiquée le 27 Avril 1928 sous anesthésie à l'éthylène.

Incision lombaire, on tombe sur un rein de volume à peu près normal, un peu bosselé et entouré d'une gangue de périnéphrite scléreuse, le pôle inférieur du rein est isolé assez facilement, mais l'organe tient solidement par le pôle supérieur, on termine alors l'isolement malgré la périnéphrite très dense, en un point il y a un sillon profond dans lequel pénètre une lame épaisse de tissu adipeux qu'il faut couper aux ciseaux ; ligature et section de l'uretère, ligature et section du pédicule.

Le rein enlevé est de volume normal : c'est la graisse périrénale qu'on sentait en pratiquant la section médiane ; on ouvre un bassinnet dilaté dont le grand calice supérieur est bourré de polypes. L'examen histologique a été confié au Docteur Verliac.

Le 17 Octobre 1928, le malade revint à l'Hôpital, parce qu'il présentait des hématuries. On pratiqua une

cystoscopie et dans cette vessie qui, au mois de Mai, ne présentait aucune lésion, on découvrit une tumeur volumineuse d'aspect papillaire, située à gauche de la ligne médiane vers 4 heures. Cette tumeur recouvrait complètement l'orifice urétéral gauche, tandis que l'orifice droit était bien visible, sans altération, à sa place normale.

On en conclut que le polype du bassinet s'est greffé à la partie inférieure de l'uretère, et qu'il convient de compléter l'opération antérieure par l'ablation du moignon urétéral et de la tumeur intravésicale.

L'opération est pratiquée le 19 Novembre 1928.

On fait une incision inguino-iliaque, on coupe les muscles de la paroi jusqu'à la ligne médiane, la vessie est décollée par voie sous péritonéale. Dans ce décollement, une brèche est faite au péritoine qui est réfermé aussitôt.

La vessie est ouverte ; dans sa partie latérale on découvre la tumeur qui est circonscrite par une incision en raquette. Le canal déférent, passant par dessus l'uretère est coupé entre deux ligatures, les vaisseaux spermatiques sont facilement conservés, on isole peu à peu le segment de l'uretère qui est resté en place et on l'attire dans la plaie. On termine alors la dissection de la collerette vésicale et on enève une pièce opératoire, constituée par tout le moignon urétéral, une collerette vésicale et la tumeur qui fait saillie, à travers l'orifice urétéral, dans la vessie.

On reconstitue alors la paroi de la vessie par sutures à points séparés, puis on place un drain dans la vessie près de la ligne médiane et on termine en plaçant un autre drain le long de la paroi gauche de la vessie. La paroi abdominale est suturée en trois plans.

Examen de la pièce : La pièce opératoire est constituée par un cordon ayant à peu près le volume du petit doigt, cordon induré qui indique que l'uretère est bourré de polypes ; à la partie inférieure s'épanouit un gros polype ; qui sort par le méat urétéral et qui est entouré par la collerette de la partie vésicale.

On fend l'uretère dans toute sa longueur, ainsi que la collerette vésicale, et l'on voit que l'uretère est tapissé, en toute sa périphérie, par une quantité de masses poly-

peuses. La grosse masse inférieure a un pédicule qui est implanté dans l'uretère lui-même et, avec une sonde cannelée, on passe facilement au travers de la tumeur qui est en réalité, un amas polypeux, qui a fait hernie dans la vessie.

Les suites opératoires ont été excellentes, la plaie s'est cicatrisée rapidement, ne laissant qu'une petite fistule suppurante au niveau du point où était le drain latéral. Peu à peu, cette fistule s'est fermée. Le drain vésical a été enlevé le 3 Novembre et on a mis en place une sonde urétérale qui a déterminé une élévation de température et des douleurs ; néanmoins, la fermeture de la vessie s'est faite rapidement et le malade a pu sortir en bon état le 17 Novembre.

OBSERVATION V

Depuis très longtemps, ce malade avait des troubles urinaires, et, notamment, des hématuries fréquentes, dont les plus anciennes remontent à une vingtaine d'années.

Il fut à plusieurs reprises dilaté pour un rétrécissement. Dans ces dernières années, les urines étaient devenues troubles.

L'an dernier, il fut examiné au cours d'une crise par un urologiste qui vit, du côté de l'orifice gauche, des végétations et des ulcérations dans un milieu très trouble. Le cathétérisme de ce côté fut impossible, de l'autre côté, R. D., la fonction était déficiente. Le diagnostic resta en suspens.

Le malade continua à vaquer à ses occupations, il avait des mictions assez fréquentes, des urines troubles, souvent du sang.

Je le vis en Février (début) 1928. Je fis quelques dilations et le malade décida de partir pour l'Afrique pendant deux mois et demi.

A Dakar, il eut une crise très violente dans le flanc gauche, et il apparut de ce côté une tumeur qui augmenta rapidement de volume. Au retour (fin Avril) la tumeur était énorme ; fluctuante, remplissant la moitié gauche du ventre et la fosse lombaire correspondante. Il s'agissait, évidemment, du rein gauche énormément dilaté.

Une radiographie n'avait montré aucun calcul.

Toujours mictions fréquentes et douloureuses. Urines troubles devenant purulentes à la fin, souvent du sang. Cystoscopie : Vessie rouge à colonnes et à cellules : orifice droit normal, cathétérisme jusqu'en haut. Orifice gauche béant, près de lui une masse polypoïde végétante : la sonde s'arrête à 5 c/m.

Résultats ci-contre :

Examen des urines séparées : le 5 Mai 1928.

Rein droit — 25 gr. 72

Rein gauche par la vessie — 17 gr. 15

Poids 66 Kgs.

Concentration 21,81

Débit 23,55

en 60 minutes 45 cm³

Urée 0,90

Constante 0,187

Opération : Mai 1928 (Dr Papin).

Incision lombaire gauche.

On arrive sur une poche qui, incisée, laisse échapper un liquide brun verdâtre. C'est une poche périrénale close de toutes parts.

Au-dessous le rein apparaît énorme : on l'incise : flot de liquide analogue.

Il en sort des deux poches environ 5 à 6 litres. Gros drain dans le rein ; suture du rein à la peau. La plaie est rétrécie aux deux bouts.

A la suite de cette opération, la malade fut gravement choqué et, pendant quelques jours, resta dans un état très grave. Il se remit néanmoins et l'on put placer un appareil pour récolter les urines : celles-ci étaient mêlées de mucosités épaisses et de sang.

Néanmoins, le malade vit son état s'améliorer peu à peu et put partir à la campagne avec l'idée qu'on pourrait, plus tard, pratiquer l'ablation du rein malade.

Il revint à Paris au début d'Octobre, étant très amélioré, présentant une azotémie normale et réclamant vivement la deuxième intervention.

Cédant à ses instances, Papin pratiqua cette intervention le 23 Octobre 1928.

Ethylène, puis éther.

Incision longue sur la région iliaque, partant de l'incision précédente (cicatrice) et allant jusqu'au bord externe du grand droit.

On incise les plans superficiels jusqu'au péritoine, qui est refoulé.

On trouve les vaisseaux spermatiques, qui sont réséqués après ligature double, puis on arrive sur l'uretère, qui est gros comme le pouce.

L'uretère est isolé peu à peu et on peut passer au-dessous de lui.

Pour le décoller de haut en bas, il faut le couper entre ligatures.

On commence alors le décollement du segment inférieur aux doigts, au bistouri et aux ciseaux. Le péritoine est ouvert, on le protège par des compresses et on continue ce travail difficile jusqu'à ce qu'on soit arrivé au ras de la vessie. On ne peut enlever l'uretère que par morcellement, on arrive jusqu'à la vessie, on coupe sur champ le dernier fragment et on ferme la vessie par trois fils.

Le péritoine ouvert est alors fermé en haut par surjet et en bas par points séparés ; on place une mèche et un drain au contact.

Je décide alors, après 1 heure 10 d'opération, de surseoir l'ablation du rein et du segment supérieur de l'uretère.

Fermeture de la paroi en deux plans, musculaire et cutané, avec passage pour la mèche et pour le drain.

Les suites immédiates de l'opération furent bien meilleures qu'on ne l'avait pensé, et, pendant quelques jours, l'état du malade fut si rassurant qu'on pouvait espérer une guérison. Malheureusement, à partir du 5-ème jour, l'état se modifia, les urines diminuèrent et, malgré tous les soins, le malade commença une urémie progressive qui se termina par la mort au bout d'une semaine.

Il était évident que l'intervention avait été beaucoup trop tardive ; si le malade avait pu être opéré un an plutôt, à un moment où malgré des examens répétés on n'établissait pas de diagnostic précis, on aurait pu faire d'emblée une néphro-urétérectomie primitive, et, sinon le guérir définitivement, du moins prolonger certainement son existence.

Il s'agissait d'un épithélioma papillaire.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS.

N° Obs. :

1. RAYER, 1836.— Cas d'autopsie. Voir bibliographie N° 344.
2. RAYER, 1840.— Cas d'autopsie N° 345.
3. RAYER, 1840.— Cas d'autopsie N° 345.
4. RAYER, 1841.— Cas d'autopsie N° 345.
5. LEBERT, 1861.— Cas d'autopsie N° 345.
6. MURCHINSON, 1870.— Cas d'autopsie N° 295.
7. ROBERTS et DE MORGAN, 1870.— Cas d'autopsie N° 333.
8. BILLROTH, 1884.— Néphrectomie N° 30.
9. THORNTON, 1885.— Néphrectomie transpéritonéale N° 390.
10. LANCERAUX.— Cas d'autopsie. Voir Albarran N° 10.
11. DICKINSON.— Cas d'autopsie. Voir Albarran N° 10.
12. NEELSEN, 1888.— Cas d'autopsie N° 299.
13. KUNDRAT, 1891.— Cas d'autopsie N° 215.
14. JONES, 1892.— Homme 55 ans. Hématurie. Néphrectomie exploratrice. Grattage. Néphrectomie 9 mois plus tard. N° 182.
15. HILDEBRAND, 1894.— Néphrectomie N° 289.
16. JEBENS, 1894.— Cas d'autopsie N° 177.
17. BATTLE, 1895.— Homme 51 ans. Hématurie. doult. tumeur. Cystostomie puis néphrectomie, curetage d'une tumeur villeuse. Néphrectomie 18 mois plus tard. N° 21.
18. MIKULICZ, 1895.— Femme 56 ans. Hématurie et gros rein. Néphrectomie pour la tumeur rénale N° 284.
19. VOELKER, 1895.— Autopsie N° 424.
20. BETAGH, 1896.— Cas d'autopsie N° 29.
21. KAUFFMANN, 1896.— Cas d'autopsie N° 192.
22. DREW, 1897.— Cas d'autopsie N° 86.
23. DREW, 1897.— Cas d'autopsie N° 86.
24. FENWICK, 1897.— Néphrectomie N° 102.
25. FENWICK, 1897.— Homme 70 ans. Hématurie, lombotomie exploratrice sans ouvrir le rein. 2ème opération — Néphrectomie 2 ans après. 3ème opération ; — Urétérectomie 1 an plus tard. 1 an après l'urétérectomie métastase prostatique. Mort 5 ans après l'opération. Bassinet et calices sont dilatés. Tumeur pap. de l'uretère. Epith. pap. N° 102.
26. GOULD, 1897.— Néphrectomie N° 289
27. GOULD, 1897.— Néphrectomie N° 289.
28. HEBB, 1897.— Autopsie N° 145.
29. ISRAEL, 1897.— Homme 52 ans. Hématurie, rein palpable. Néphrectomie droite après la néphrotomie exploratrice. Guérison. Récidive dans la vessie 1 an après. Opération endovésicale. Mort 2 ans après par cachexie. Papillome du bassinet en voie de transformation maligne. N° 166.

30. KELLOCK, 1897.— Homme 27 ans. Néphrectomie abdomino-lombaire. N° 196.
31. KOLHARDT, 1897.— Femme 69 ans. Hématurie et tumeur. Néphrectomie avec urétérectomie partielle. Morte 1 an 1/2 après. Métastases. pap. du bassin et du 1/3 supérieur de l'uretère N° 208.
32. BRADFORD, 1898.— Cas d'autopsie N° 45.
33. TOUPET et GUENIOT, 1898.— Cas d'autopsie N° 414.
34. ALBARRAN, 1899.— Homme de 34 ans. Hématurie depuis 2 ans. Cathétérisme gauche sanglant, cellules épithéliales cylindriques et pavimenteuses. Néphrectomie lombaire droite. Guérison contrôlée 6 ans après. Hématonéphrose. et tumeur du bassin. Epith. pap. N° 10.
35. LE DENTU et ALBARRAN, 1899.— Homme de 33 ans, depuis 4 ans crises d'hydronéphrose intermittente, tumeur ballottante à droite. Cysto. négative. Néphrotomie. 2ème cystoscopie 2 mois plus tard, pap. faisant hernie dans la vessie. Nephro-urétérectomie totale pour pap. de l'uretère. Le 1er, à 2 cm. de l'origine urétérale, contenant dans les franges un calcul ; le 2ème, tout près de l'or. vésical contenant des graviers d'acide urique et des caillots. Papillome bénin. N° 225.
36. PANTALONI, 1899.— Homme 49 ans. Tumeur il y a 27 ans, depuis 1 an grossit. Douleur depuis 9 ans et depuis 1 an hématurie. Néphrectomie avec urétérectomie partielle pour l'hydronéphrose. Guérison. Opération 6 mois plus tard, récurrence dans la cicatrice. Extirpation de la récurrence. Mort 2 ans après (généralisation). Enorme hématonéphrose. Epith. du bassin. Récurrence Epith. pap. cylindrique. N° 315.
37. POLL, 1899.— Homme 41 ans. Hématurie, douleur et tumeur ; néphro-urétérectomie partielle pour la tumeur du rein gauche. Mort 1 an et 1/2 apr s. Hydronéphrose. Bassin et uretère sont couverts de villosités. Pap. bénin, mais les villosités du calice sont épith. pap. N° 336.
38. ALBARRAN, 1900.— Homme 32 ans. Néphrectomie. N° 6.
39. BUSSE, 1900.— Homme 50 ans. Néphrectomie pour hydronéphrose, tumeurs pap. du bassin et de la partie supérieure de l'uretère sont bénignes, tumeur de la vessie et de la partie inférieure de l'uretère, cancer pap. N° 52.
40. BUSSE, 1900.— Homme 60 ans. Hématurie depuis 20 ans, douleur et tumeur. Néphrectomie droite. Mort. Hydronéphrose, tumeur du bassin, de l'uretère et de la vessie. Epith. pap. N° 52.
41. LÉPER et CHIFFOLIEU, 1900.— Cas d'autopsie. N° 237.
42. REYNES, 1900.— Homme 32 ans. Hématurie depuis 1 an. Néphrectomie après la néphrotomie exploratrice. Pap. bén. Urétérectomie avec cystectomie, tumeur cancéreuse. Mort 1 an après présentant tumeur sarcomateuse.
43. FRANKE, 1901.— Femme 72 ans. Hématurie et tumeur. Néphrectomie pap. bénin du bassin dilaté.
44. GROHE, 1901.— Femme 37 ans. Hématurie. douleur. tumeur à

- droite. Néphrectomie transpéritonéale. Guérison opér. Morte 8 mois plus tard. Hydronéphrose, l'invasion du rein, tumeur du bassin. adéno-carcinome. N° 137.
45. GROHE, 1901.— Femme 60 ans. Douleur et tumeur. Néphrectomie transpéritonéale. Morte. Adénocarcinome du bassin, le rein et les ganglions sont envahis. N° 137.
 46. HERESCO, 1901.— Homme 32 ans. Colique néphrétique droite, polype urétéral droit au cystoscope. Extirpation du polype par la taille. Néphrectomie pour l'infection rénale adéno-pap. de l'uretère. N° 10.
 47. ISRAEL, 1901.— Homme 52 ans. Hématurie et tumeur. Néphrectomie. bassin rempli d'une tumeur pap. N° 163.
 48. ISRAEL, 1901.— Cas d'autopsie N° 163.
 49. TIKHOFF, 1901.— Homme 40 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphrectomie. récurrence dans la cicatrice 10 ans après. Extirpation de récurrence. Mort 7 mois après l'opération. Tumeur du bassin et de la partie supérieure de l'uretère N° 413.
 50. WALTER, 1901.— Homme avec hématurie. Néphrectomie gauche. pap. du bassin. N° 429.
 51. ALBARRAN, 1902.— Femme 35 ans. Hématurie depuis 2 ans. Cystoscope montre une tumeur urétérale gauche, taille hypogastrique. Extirpation de la tumeur. adéno-pap. de l'uretère. N° 7.
 52. VON BABCOCK, 1902.— Femme 61 ans. Hématurie et colique néphrétique droite. Néphrectomie pour le calcul. Epith. pap. du bassin. N° 16.
 53. HEATON et GAMGEE, 1902.— Homme 48 ans. Hématurie. Néphrectomie. Pap. du bassin. Guérison contrôlée 9 ans après.
 54. PELS LEUSDEN, 1902.— Femme 54 ans. Hématurie et douleur. Néphrectomie après la néphrotomie exploratrice. Cancer pap. du bassin. Mort 3 mois après. Métastase hépatique. N° 328.
 56. PELS LEUSDEN, 1902.— Femme 62 ans. Hématurie. Néphrectomie. Pap. du bassin et de l'uretère. Mort 3 mois après. Métastase hépatique. N° 328.
 56. ALBARRAN, 1903.— Homme 45 ans. Hématurie, douleur, tumeur. Néphrectomie transpéritonéale. Extirpation d'une grosse masse ganglionnaire à côté de la veine cave. Epith. pap. du bassin envahissant le rein, récurrence 6 mois plus tard. N° 10.
 57. FENWICK, 1903.— Homme 40 ans. Hématurie. Néphrectomie. Guérison. Opération tumeur du bassin. Epith. pap. Métastase ganglionnaire 6 mois plus tard. N° 162.
 58. FENWICK, 1903.— Homme 30 ans. Hématurie. Néphrectomie droite. pap. du bassin. Guérison contrôlée 5 ans après. N° 162.
 59. MACKENRODT, 1903.— Femme 78 ans. Hématurie. Polype urétéral faisant saillie dans la vessie. Urétéro-néo-cystostomie par voie transvésicale. Guérison. polype du bassin. N° 257.
 60. MATZUOKA, 1903.— Homme 58 ans. Tumeur à gauche. Néphrectomie. Mort 16 jours après. Probablement épith. pap. Hydronéphrose, B. K. N° 274.

61. MATZUOKA, 1903.— Femme 48 ans. Tumeur à gauche. Néphrectomie et urétérectomie partielle, excroissance polypeuse du bassin. N° 274.
62. MAZIO, 1903.— Homme 70 ans, douleur et tumeur. Néphrectomie gauche. Mort 2 jours après. Hydronéphrose pap. de l'uretère. N° 277.
63. RICARD, 1903.— Femme 45 ans. Tumeur seul symptôme. Néphrectomie. pap. de l'uretère. N° 351.
64. WALTER, 1903.— Homme 38 ans. Polype à gauche au cystoscope. Urétérectomie partielle, fistule urétérale. Pap. de l'uretère. N° 57.
65. BARKER, 1904.— Cas d'autopsie. N° 18.
66. HARRISON, 1904.— Cas d'autopsie. N° 142.
67. HOCHÉ et DAMANGUE, 1904.— Cas d'autopsie. N° 151.
68. JOSSELIN de JONG, 1904.— Femme 44 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphrectomie avec urétérectomie partielle. Epith. pap. du bassin. N° 186.
69. RETZLAFF, 1904.— Homme 59 ans. Hématurie et douleur. Cystostomie. Néphrectomie gauche avec ablation de la tumeur. Néphrectomie impossible. Mort 4 jours après l'opération. Epith. pap. du bassin. N° 349.
70. REYNOLDS, 1904.— Homme 66 ans. Hématurie et tumeur. Néphrectomie. Mort 5 jours après. Epith. pap. du bassin. N° 350.
71. SAVORY et NASH, 1904.— Hématurie, coliques néphritiques et tumeur. Néphrectomie et urétérectomie partielle, récurrence. Métastase. Pap. du bassin. Mort 2 ans après. N° 368.
72. ADLER, 1905.— Homme 69 ans. Hématurie et douleur. Mort avant opération. Métastase. Cancer pap. de l'uretère. N° 2.
73. BOUCHER, 1905.— Femme 40 ans. Coliques néphrétiques. Néphrectomie. 2 pap. N° 42.
74. METCALF et SAFFORD, 1905.— Homme 47 ans. Hématurie, douleur, tumeur. Néphrectomie avec urétérectomie partielle. Pap. de l'uretère et un calcul. Adéno-carcinome. Cystostomie. Ablation d'une tumeur. Mort après la cystostomie. N° 281.
75. NICOLITCH, 1905.— Homme 49 ans. Hématurie, douleur, tumeur. Néphrectomie. Pap. du bassin et 1 calcul. N° 305.
76. BAZY, 1906.— Homme 65 ans. Hématurie profuse, gros rein, décapsulation du rein, puis néphrectomie, à cause de l'hématurie incessante. Guérison contrôlée 5 ans après opération. pap. du bassin. N° 24.
77. DE GRAEUEWE et WAUTEY, 1906.— Femme 65 ans. Hématurie droite, tumeur à l'or. droit au cystoscope. Cystostomie et néphrectomie droite. Mort 15 jours après. Epith. pap. du bassin. N° 132.
78. RICHELOT, 1906.— Femme 60 ans. Hématurie. Polype urétéral faisant saillie dans la vessie. Urétéro-cysto-néostomie. pap. de l'uretère. N° 352.
79. BRUNET, 1907.— Femme 60 ans. Hématurie depuis 2 mois. Polype urétéral faisant hernie dans la vessie. Urétéro-néo-

- cystostomie. Pap. de la partie inférieure de l'uretère. N° 57.
80. LOWENHARDT, 1907.— Carcinome pap. du rein, du bassin et des calices. N° 237bis.
 81. MIONI, 1907.— Homme 34 ans. Hématurie, néphrourectomie totale. Epith. pap. du bassin avec propagation. N° 288.
 82. RAVASINI, 1907.— Homme 49 ans. Hématurie et tumeur. Néphrectomie avec urétérectomie partielle. Guérison contrôlée 2 ans après. Tumeur du bassin. Epith. pap. urétérale,— pap. bénin. N° 343.
 83. STEIN, 1907.— Homme . Hématurie, anémie profonde. Mort, autopsie. Pap. du bassin. N° 389.
 84. VERHOOGEN, 1907.— Femme 65 ans. Hématurie par l'uretère droit. Néphrectomie. Epith. pap. du bassin N° 419.
 85. ALBARRAN, 1908.— Homme 60 ans. Hématurie, douleur, tumeur. Néphrectomie, récurrence vésicale 3 ans après. Urétérectomie 4 ans après la 1ère opération. Mort 2 ans après la 2ème opération par généralisation. Epith. pap. du bassin, l'uretère est rempli de masses pap. N° 289.
 86. DEREVENKO, 1908.— Femme 54 ans. Hématurie par l'or. gauche. Urétéropyéloplastie. 2ème opération. Néphrectomie. 3ème opération. Urétérectomie totale. Mort par généralisation. pap. du bassin et de l'uretère sont bénins, récurrence et métastase. Epith. N° 80.
 87. MEDOW, 1908.— Femme 75 ans. Morte (pneumonie) double rein droit 2 uretères dans un calice du rein supérieur, pap. bénin. N° 278.
 88. ASCH, 1909.— Homme 32 ans. Néphrectomie. pap. du bassin, récurrence vésicale. Cystectomie partielle. Nouvelle récurrence 3 semaines après. Mort 6 semaines après (broncho-pneumonie). N° 13.
 89. BARTH, 1909.— Homme 57 ans. Hématurie. Néphrectomie gauche. Epith. pap. du bassin, envahissant les glandes lymphatiques. N° 20.
 90. BLUM, 1909.— Cas d'autopsie. N° 35.
 91. DE GRAUEWE, 1909.— Homme 62 ans. Hématurie. Néphrectomie après la néphrotomie exploratrice, découvrant la tumeur du bassin. Epith. pap. Guérison contrôlée 1 an 7 mois plus tard. N° 132.
 92. FEDOROFF, 1909.— Pap. typique du bassin. N° 101.
 93. FIOL J. et P., 1909.— Homme 39 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphrectomie pour la tumeur du bassin, pap. avec urohématonéphrose. Guérison contrôlée 10 ans. N° 107.
 94. LEGUEU, 1909.— Femme 50 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphrectomie pour la tumeur du bassin probable pap. bénin du bassin. N° 226.
 95. RICHTER, 1909.— Cas d'autopsie. N° 353.
 96. BINDER, 1910.— Homme 50 ans. Néphrectomie droite. Mort. Métastase dans le foie ; pap. du bassin de l'uretère et de la vessie. N° 32.
 97. MORLEY, 1910.— Homme 32 ans. Rein en fer à cheval. Ablation

- de la portion gauche par l'incision lombaire. Mort 6ème jour. Plusieurs pap. dans le kyste enlevé. N° 289.
98. PASCHKIS, 1910.— Homme 65 ans. Douleur et tumeur. Néphro-urétérectomie partielle pour une hydronéphrose secondaire à une tumeur du bassin. Cancer pap. de l'uretère. Calcul. Hydronéphrose adhérent à la rate, pancréas et diaphragme. Epith. pap. de l'uretère et calcul. N° 322.
 99. SITZEN, 1910.— Homme ans. Néphrectomie droite. Epith. pap. du bassin. Guérison contrôlée 1 an et $\frac{1}{2}$ après. N° 380.
 100. ZEHBE, 1910.— Cas d'autopsie. N° 437.
 101. SCHOLL, 1911.— Femme 51 ans. Hématurie depuis 5 ans. Douleur, tumeur lombaires à gauche. Cystostomie puis néphrectomie gauche. Après la néphrectomie exploratrice des 2 reins. Mort 4 mois après (insuffisance cardiaque). Petit pap. du bassin, dégénérescence maligne. N° 375.
 102. LEGUEU, 1911.— Homme. Hématurie et gros rein gauche. Néphrectomie avec urétérectomie partielle pour la tumeur du rein. Récidive 8 mois après. Mort 2 ans après la 1ère opération. Pap. du bassin. Récidive. Cancer pap. N° 289.
 103. LOWENSTEIN, 1911.— Femme 56 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphrectomie gauche. Mort le jour même. Pap. de l'uretère. Hydronéphrose. Le rein gauche était déficient. N° 239.
 104. NECKER, 1911.— Homme 51 ans. Hématurie et douleur depuis 1 an. Néphrectomie avec urétérectomie partielle ($\frac{1}{3}$ sup.) Récidive vésicale 6 mois après. Enorme hydronéphrose pap. maligne du bassin et de l'uretère. N° 298.
 105. NECKER, 1911.— Homme 50 ans. Hématurie intermittente depuis 1 an et douleur. Ejaculation sanguine par l'or. gauche. Néphrectomie pap. malin. Hydronéphrose. N° 289.
 106. POUSSON, 1911.— Femme 47 ans. Néphrectomisée pour épithélioma pap. du bassin. N° 337.
 107. BONNEL, 1912.— Homme 47 ans. Tumeur. Néphrectomie gauche. Cancer pap. du bassin et de l'uretère. N° 39.
 108. CHEVASSU et MOCK, 1912.— Hématurie gauche, sonde fait saigner à 15 cm. Néphrectomie avec urétérectomie partielle. Mort 3 ans après. Epithélioma pap. de l'uretère. N° 61.
 109. JEANBREAU et ETIENNE, 1912.— Homme 58 ans. Hématurie depuis 15 ans. Néphrectomie gauche avec urétérectomie partielle. Contrôle 10 ans. Hydronéphrose avec un pap. Dégénérescence maligne. N° 176.
 110. MALHERBE et VIGNARD, 1912.— Femme 49 ans. Hématurie. Néphrectomie pap. de la partie supérieure de l'uretère. N° 262.
 111. MOCK, 1912.— Homme 45 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphrectomie droite avec extraction des masses ganglionnaires. Cachexie. Mort dans 6 mois. Enorme épithélioma pap. remplissant le bassin et les calices dilatés. N° 289.
 112. MOCK, 1912.— Homme 34 ans. Hématurie et coliques. Néphrectomie avec urétérectomie partielle pour la tumeur du rein. Pap. bénin du bassin. N° 289.
 113. MOCK, 1912.— Homme 60 ans. Hématurie et douleur. Papillome

- près de l'or. droite. Néphrectomie. Récidives urétéro-vésicales. Urétérectomie totale. Mort 2 ans après. Métastase prostatopelvienne. Epithélioma pap. du bassin. N° 289.
114. MOCK, 1912.—Homme 36 ans. Hématurie. Néphrectomie gauche pour la tumeur du rein. 2 ans, puis 3 ans après récurrence vésicale. Papillome bénin du bassin. Cystectomie partielle. N° 289.
 115. PICOT, 1912.—Homme 53 ans. Hématurie, douleur et tumeur. 3 papillomes près de l'or. gauche. Néphro-urétérectomie partielle. Métastase. Hydronéphrose avec pap. dégénéré. N° 334.
 116. SPIESS, 1912.—Malade 77 ans. Pesanteur à droite. Autopsie. Voir N° 386.
 117. SPIESS, 1912.—Homme 55 ans. Hématurie. Néphrotomie exploratrice. Néphrectomie 9 mois après. Urétérectomie 8 jours plus tard pour la récurrence. Mort 2 ans après. Papillome de l'uretère près de la vessie. N° 386.
 118. STASTNY, 1912.—Homme 66 ans. Hématurie et tumeur. Néphrectomie. Papillome bénin du bassin. N° 398.
 119. LION, 1913.—Homme 34 ans. Douleur. Néphrectomie droite avec urétérectomie partielle pour papillome du bassin. Guérison. Papillome bénin de l'origine urétérale. N° 139.
 120. LOWER, 1913.—Papillome rebelle de la vessie, siégeant à l'origine urétérale gauche. Néphrectomie et la taille 3 mois après urétérectomie. N° 139.
 121. SAAR, 1913.—Femme 59 ans. Hématurie. Papillome de l'uretère faisant hernie dans la vessie. Cystostomie. Résection urétérale et réimplantation. Papillome bénin de l'uretère. N° 362.
 122. SUTER, 1913.—Homme 50 ans. Hématurie. Cystostomie. Néphrotomie droite exploratrice. Néphrectomie. Papillome de l'uretère, dégénéré. N° 402.
 123. CARLIER in JEANBREAU, 1914.—Hématurie. Urétérectomisé puis cystectomisé pour le papillome dégénéré, saignant abondamment. N° 175.
 124. CHIARI, 1914.—Femme 54 ans. Hématurie, sonde buse à droite à 8 cm. Néphro-urétérectomie partielle. Hydronéphrose. Epith. pap. de l'uretère. N° 61bis.
 125. LOWER, 1914.—Femme 63 ans. Hématurie et douleur. Papillome de la vessie. Néphrectomie pour la tumeur du bassin probable et la cystostomie pour la tumeur. Récurrence 2 mois, puis 2 ans après. Urétérectomie totale. Hydronéphrose avec papillome bénin du bassin. N° 243.
 126. MARION, 1914.—Homme 74 ans. Hématurie continue. 3 pap. dans la vessie. Néphro-urétérectomie partielle droite. Mort (embolie). Hydronéphrose. Papillome de l'uretère. N° 267.
 127. MOROGNA, 1914.—Douleur. Néphrectomie gauche par marsupialisation pour hydronéphrose. Végétations papill. dégénérées couvrant la poche. N° 291. 7
 128. MOROGNA, 1914.—Homme 40 ans. Hématurie. Douleur. Tumeur. Néphrectomie avec urétérectomie partielle pour la tumeur du rein ou papillome du bassin. Récurrence urétérale 3 ans après. Papillome de l'uretère. Epith. papillaire. N° 291.

129. PRAETORIUS, 1914.— Cas d'autopsie. Voir N° 339.
130. FINSTERER in SPIESS, 1915.— Homme 34 ans. Hématurie. Urétérectomie avec réimplantation, pour papillome dégénéré de l'uretère, visible au cystoscope. N° 105.
131. CAPPELENS, 1916.— Femme 46 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphrectomie et urétérectomie 5 mois plus tard. Epithélioma pap. de l'uretère. N° 53bis.
132. GLASS, 1916.— Cas d'autopsie. Voir N° 398.
133. HOFMANN, 1916.— Homme 35 ans. Hématurie. Papillome couvrant l'orifice gauche. Résection transvésicale de l'uretère. 2ème cystostomie pour l'hémorragie. Papillome malin de l'uretère. N° 152.
134. HOFMANN, 1916.— Homme 66 ans. Hématurie et douleur. Néphrectomie pour hypernéphrome. Cystostomie. Mort. Papillome de l'uretère. N° 142.
135. DE QUERVIN, 1917.— Cas d'autopsie. Voir N° 340.
136. BRUTT, 1918.— Homme 42 ans. Hématurie et douleur. Néphrectomie droite après la néphrotomie exploratrice. Papillome du bassinet. N° 48.
137. BRUTT, 1918.— Homme 55 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Papillome de l'or. gauche. Néphro-urétérectomie partielle. Récidive dans la cicatrice de l'uretère. Résection de la cicatrice. Papillome bénin du bassinet. Récidive — papillome malin. N° 48.
138. BRUTT, 1918.— Femme 86 ans. Hématurie, douleur et radio Calcul. Morte avant l'opération. Villosité avec pyonéphrose. Pas de calcul. Pap. (?) N° 48.
139. KNACK, 1918.— Homme 73 ans. Néphrectomisé pour papillome de l'uretère. N° 206.
140. BLUM, 1919.— Homme 30 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphrectomie droite avec résection de l'uretère pour la tumeur du rein. Hématonéphrose avec papillome bénin. N° 153.
141. SCHOLL, 1919.— Homme 49 ans. Hématurie. Néphrectomie avec urétérectomie partielle. 3 récurrences vésicales. Plusieurs fulgurations. Urétérectomie totale. Papillome du bassinet. N° 157.
142. JEANCKEL, 1919.— Femme 47 ans. Hématurie. Néphrectomie. Cystostomie. Extirpation du papillome 2 ans plus tard. Papillome bénin du bassinet. N° 389.
143. MARION, 1919.— Femme 76 ans. Hématurie. Polype de l'or. droit. Etincelage intra-urétéral. Morte 1 an après, congestion pulmonaire. Papillome de l'uretère. N° 268.
144. MARION, 1919.— Femme 64 ans. Hématurie. Polype de l'or. droit. Etincelage. Néphrectomie avec urétérectomie 8 cm. Etincelage. Récidive urétérale. Plusieurs petits polypes du bassinet de l'uretère. N° 268.
145. SHERWOOD HERRICK, 1919.— Cas d'autopsie. Voir N° 372.
146. BURFORD, 1920.— Femme 53 ans. Hématurie. Défaut de remplissage après la pyélo. Néphrectomie. Papillome du bassinet. N° 51.

147. GOLDSTEIN, 1920.— Homme 48 ans. Tumeur. Néphrectomie gauche. Papillome du bassinet. N° 389.
148. HYMAN BEER, 1920.— Hématurie seule. Fulguration du papillome vésical. Mort avant l'opération. Papillome du bassinet et de la vessie. N° 161.
149. KELLY, 1920.— Femme 61 ans. Hématurie et douleur. Néphrectomie droite. Papillome malin du bassinet. Récidive vésicale 9 mois plus tard. N° 197.
150. KRETCHMER, 1920.— Homme 48 ans. Néphrectomie. Papillome du bassinet.
151. MAC ALPIN, 1920.— Hématurie et douleur. Néphrectomie. Papillome bénin du bassinet. N° 248.
152. MAC COWN, 1920.— Femme 58 ans. Hématurie et douleur. Destruction du papillome vésical. Néphrectomie avec urétérectomie partielle. Récidive vésicale 3 mois plus tard, 18 mois après dans l'uretère. Fulguration et urétérectomie totale. Papillome bénin du bassinet de l'uretère et de la vessie. N° 253.
153. PASCHKIS et PLESCHNER, 1920.— Homme 55 ans. Opéré pour le cancer du rectum. Hématurie douleur. et tumeur depuis 2 ans, tumeur de la vessie cachant d'or. droit. Néphro-urétérectomie totale transpéritonéale. Epithélioma pap. de l'uretère. N° 323.
154. PARMENTER, 1920.— Homme 69 ans. Hématurie. Néphrectomie gauche. Papillome bénin du bassinet. N° 320.
155. ROLANDO, 1920.— Homme 53 ans. Hématurie et douleur. Néphrectomie droite. Papillome bénin du bassinet. N° 356.
156. SUTTON, 1920.— Néphrectomie pour l'hématurie. Papillome bénin du bassinet. N° 404.
157. ASCHNER, 1921.— Homme 50 ans. Hématurie. Fulguration du papillome vésical. Mort avant l'opération. Autopsie. Papillomatose diffuse de la partie supérieure du bassinet. N° 14.
158. ASCHNER, 1921.— Homme 62 ans. Hématurie. Décapsulation du rein et fixation. Néphro-urétérectomie totale. Epithélioma pap. du bassinet propagé sur le parenchyme rénal. L'uretère contient plusieurs papillomes. N° 14.
159. BEER, 1921.— Homme 61 ans. Hématurie et douleur. Néphro-urétérectomie totale pour la tumeur de l'uretère. Hydro-néphrose. Uretère dilaté. Papillome bénin dans la partie inférieure de l'uretère. N° 26.
160. BRUTT, 1921.— Femme 75 ans. Hématurie. Tumeur. Néphrectomie avec urétérectomie partielle pour la tumeur du rein. Hématonéphrose. Pap. mal. du bassinet avec la propagation. N° 49.
161. COLSTON, 1921.— Homme 42 ans. Hématurie, douleur. Pyélo : Défaut de remplissage. Néphrectomie gauche. Epithélioma pap. du bassinet. N° 65.
162. COPE, 1921.— Femme 43 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphrectomie pour la tumeur. Hématonéphrose et pap. du bassinet. N° 66.
163. CULVER, 1921.— Femme 35 ans. Hématurie et douleur. Néph-

- rectomie. Persistance de l'hématurie. Urétérectomie 1 mois plus tard. Pièce de la 1ère opération. Néphrite chronique. 2ème 2 pap. bén. de l'uretère. N° 72.
164. GRAW TEMPLETON, 1921.— Homme 52 ans. Hématurie et douleur. Pyélographie : irrégularité des calices inférieurs Néphrectomie gauche. Pap. du bassinet propageant sur le parenchyme. le pôle inférieur du rein, contient une tumeur. Hypernéphrome. N° 136.
165. JUDD et STUTHERS, 1921.— Homme 48 ans. Hématurie et douleur. Néphrectomie, urétérectomie secondaire. Epithélioma pap. de l'uretère. N° 190.
- 165bis. MAC DONALD, 1921.— Femme 56 ans Hématurie, tumeur: Néphrectomie droite. Récidive dans la cicatrice 1 an avant l'opération. Hydronéphrose. Epithélioma pap. du bassinet: Envahissement du parenchyme. N° 255.
166. MAC DONALD, 1921.— Homme 40 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Tumeur vésicale. Taille pour la tumeur. Néphrectomie droite 4 mois plus tard pour récidive tumeur vésicale. Pyonéphrose pap. bén. (?) du bassinet. N° 255.
167. MAX GRAUHAN, 1921.— Homme 53 ans. Hématurie, douleur et gros rein gauche. Cystostomie avec extirpation de la tumeur vésicale. Réimplantation de l'uretère. Hématurie. Néphrectomie pour la tumeur rénale gauche. Pyonéphrose. Epithélioma pap. du bassinet. N° 124bis.
168. MAX GRAUHAN, 1921.— Femme 60 ans. Tumeur et douleur. Néphrotomie exploratrice. Néphrectomie droite. Mort. Insuffisance du rein gauche. Hydronéphrose. Epithélioma pap. du bassinet, propageant à l'uretère. N° 124bis.
169. MAX GRAUHAN, 1921.— Homme 67 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphrectomie gauche avec urétérectomie partielle. Pap. de la partie inférieure du bassinet avec la propagation du parenchyme rénal. N° 124bis.
170. MILLER et HERBST, 1921.— Homme 46 ans. Hématurie et douleur. Pyélo : amputation des calices, au milieu l'ombre floue. N° 285.
171. BASTOS, 1921.— Homme 64 ans. Hématurie, tumeur. Néphro-urétérectomie totale en 2 temps, 1 mois d'intervalle. Urohématonéphrose. 4 pap. de l'uretère. Fibro-épithélioma. N° 22.
172. QUIMBY, 1921.— Homme 52 ans. Hématurie et douleur. Pyélo: l'ombre très fluide. Néphrectomie droite avec 7 cm. de l'uretère. Hydronéphrose remplie de végétations, adéno-pap. et kystadénome du bassinet. N° 342.
173. BRUTT, 1922.— Homme 54 ans. Hématurie et douleur. Néphrectomie pour la tumeur rénale 2 ans après récidive urétérale et vésicale. Urétérectomie totale. Pièce 1ère opération. Hématonéphrose et pap. du bassinet. 2e opération pap. de l'uretère N° 49.
174. BRYANT et CULLEN, 1922.— Homme 61 ans. Hématurie et douleur. Néphrectomie. Pap. du bassinet. N° 50.
175. DARNALL et KOLMER, 1922.— Cas d'autopsie. Voir N° 76.
176. DAVIS, 1922.— Femme 51 ans. Hématurie, douleur et tumeur.

- Néphrectomie. Hydronéphrose remplie de masses papillaires. Epithélioma. N° 77.
177. DUNCAN, 1922.— Femme 72 ans. Hématurie et tumeur. Néphro-urétérectomie partielle. Mort 3 mois après l'opération. Insuffisance du rein gauche. Tumeur pap. du bassin et de l'uretère. N° 87.
 178. ESCAT, 1922.— Homme 68 ans Hématurie, douleur et tumeur. Néphrectomie droite pour la tumeur rénale. Hématonéphrose. Epithélioma pap. dans un calice. Calcul dans le diverticule de l'uretère. N° 95.
 179. JANSEN, 1922.— Homme 47 ans. Hématurie. Néphrectomie gauche pap. bén. du bassin. Récidive vésicale 3 mois après. Coagulation. 2ème : 1 an $\frac{1}{2}$, nouvelle. 3ème : 2 ans après, cystostomie. Mort 4 ans après. N° 174.
 180. KRAFT, 1922.— Homme 56 ans. Hématurie et douleur. Néphrectomie droite pour la tumeur du rein probable. Pap. du bassin. Récidive 2 ans plus tard. Urétérectomie totale et fulguration du polype vésical. N° 210.
 181. KRAFT, 1922.— Femme 52 ans. Hématurie. Néphro-urétérectomie totale pour le pap. Tumeur de l'uretère dans sa partie moyenne. Papillome dégénéré. N° 210.
 182. LANDON et ALTER, 1922,— Homme 38 ans. Douleur. Pyélo : image lacunaire. Néphrectomie avec urétérectomie partielle. Gros rein semi kystique. Masse vilieuse du bassin et de l'uretère. Epithélioma. N° 218.
 183. MAC ALPIN, 1922.— Homme 56 ans. Hématurie. Néphrectomie. Petits pap. dans le bassin. Rein secondairement envahi. Mort 15 mois plus tard. Cachexie. Métastase dans l'abdomen. N° 248.
 184. MAC CARTHY et MECKEL, 1922.— Homme 49 ans. Cas d'autopsie. Mort avant opération. Métastase généralisée. Voir N° 251.
 185. MAC COWN, 1922.— Femme 72 ans. Hématurie. Néphrectomie droite. Pap. du bassin. Morte 4 ans $\frac{1}{2}$ après par une hématurie foudroyante. N° 252.
 186. MARION, 1922.— Homme 45 ans. Hématurie. Néphrectomie. Polypes multiples du bassin. 2ème opération. Taille hypogastrique. 5 destructions des polypes pendant 4 ans pour réc. rebelles. Urétérectomie. L'uretère tapissé sur toute la surface par petits polypes. Guérison. N° 269.
 187. MAX GRAUHAN, 1929.— Homme 47 ans. Hématurie et douleur. Néphrectomie droite pour bacilliose rénale 6 mois après métastase dans la vessie. Cystostomie pour 2 papillomes. Mort 7 mois après l'opération (urémie). Pièce opér. Papillomatose du bassin et de l'uretère. N° 134.
 188. PERRIN et AIGROT, 1920.— Femme 51 ans. Hématurie. Néphrectomie pap. du bassin. N° 330.
 189. STOSMANN, 1922.— Femme 51 ans. Hématurie, tumeur. Papillome faisant saillie et obstruant l'orifice urétéral. Néphrectomie. Papillomatose maligne du bassin et de l'uretère. Métastase osseuse. Mort. N° 397.
 190. WALKER, 1922.— Homme 38 ans. Hématurie, tumeur. Néph-

- rectomie. Papillomatose du collet de l'uretère. Récidive. Pap. sort de l'or. urétéral droit, un autre pap. tout à côté. Urétérectomie et cystectomie partielle, pap. bén. 5 mois plus tard. Métastase. N° 59.
191. BARNEY, 1923.— Homme 63 ans. Hématurie, tumeur. Néphrectomie droite. Papillomatose bénigne du bassinet. N° 19.
 192. FORET et WILLEMS, 1923.— Homme 63 ans. Hématurie, tumeur. Néphrectomie et ponction de la poche hydro-néphrotique. Mort bientôt. Gros pap. du bassinet. N° 108.
 193. FRANC et GRUBER, 1923.— Homme 64 ans. Hématurie, tumeur. Néphrectomie difficile. Epithélioma pap. du bassinet, envahissant le parenchyme. N° 109.
 194. HATFILD GOFFREI, 1923.— Homme 48 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphrectomie gauche, récidence locale. Mort 1 an $\frac{1}{2}$ après. Epithélioma pap. du bassinet avec un calcul. N° 140.
 195. JACOBSON, 1923.— Homme 48 ans. Hématurie et douleur. Mort avant opération. Pap. du bassinet à l'autopsie. N° 172.
 196. KEY, 1923.— Homme 52 ans. Hématurie et douleur. Néphro-urétérectomie partielle gauche. Plusieurs pap. dans le bassinet. N° 198.
 197. OCKERBLADE, 1923.— Hématurie, douleur et tumeur. Néphrectomie gauche. Plusieurs pap. bén. N° 308.
 198. STEVENS, 1923.— Homme 70 ans. Hématurie, tumeur. Traité depuis plusieurs années pour polypes vésicaux. Néphrectomie. Récidive vésicale. Fulguration nouvelle. Récidive. Application de radium. Papillomatose bén. du bassinet. N° 391.
 199. THOMAS GILBERT, 1923.— Fille de 3 ans $\frac{1}{2}$. Pas de sécrétion à gauche. Hématurie et tumeur. Néphrectomie difficile. Radiumthérapie. Morte 6 mois après. Gros bassinet rempli de villosités. Epithélioma pap. N° 408.
 200. WALKER, 1923.— Homme 63 ans. Hématurie. Prostatectomisé. Hématurie 6 mois après. Urétérectomie basse avec réimplantation. Pap. bén. de l'uretère. N° 59.
 201. WALKER, 1923.— Homme 64 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphrectomie, urétérectomie secondaire. Pap. bén. de l'uretère. N° 59.
 202. BIRTSALL et CASSE, 1923.— Femme 82 ans. Hématurie et douleur. Morte avant l'opération. Pap. du bassinet envahissant le parenchyme.
 203. BISSEL, 1924.— Femme 31 ans. Hématurie. Pyélo. Néphrectomie. Réc. Urétérectomie totale. Pap. du bassinet puis pap. de l'uretère. N° 33.
 204. BÖCKEL, 1924.— Homme 35 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Pap. probable. Néphrectomie. Epithélioma pap. villeux du bassinet. N° 36.
 205. CARNET et CASSE, 1924.— Homme 65 ans. Hématurie et douleur. Néphrotomie suivie de néphrectomie. Métastase hépatique au bout de 2 mois. Mort. Epithélioma pap. du bassinet. N° 54.
 206. SCHOLL et FOULDS, 1924.— Homme 54 ans. Hématurie, dou-

- leur et tumeur. Néphrectomie sous capsulaire. Métastase dans les glandes voisines et le foie. Mort 2 mois plus tard. Pap. du bassin et envahissant le parenchyme et un calcul.
207. EGGER et FELSEN, 1924.— Homme 58 ans. Hématurie. Néphrectomie avec urétérectomie ($\frac{1}{2}$ supérieur) après la néphrotomie exploratrice. Récidive locale 7 mois plus tard. Urétérectomie totale. Guérison contrôlée 3 ans $\frac{1}{2}$ après. Pap. bén. du bassin. N° 89.
 208. ETTORE, 1924.— Hématurie. Néphrectomie pour la tumeur du rein droit, 3 récurrences vésicales. Urétérectomie totale. N° 97.
 209. EVERETT et ANGLE, 1924.— Homme 60 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphro-urétérectomie pour pap. du bassin. N° 99.
 210. GARGOURT, 1924.— Homme 30 ans. Hématurie et douleur. Pyélotomie. Calcul du bassin et dans l'intérieur duquel se trouve une tumeur pap. N° 115
 211. GIOIA, 1924.— Homme 30 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphrectomie. Epithélioma pap. des calices avec plusieurs calculs. N° 121.
 212. HUC, 1924.— Femme 54 ans. Hématurie et douleur. Néphrectomie pour pap. de l'uretère. N° 156.
 213. JONE et CAROL, 1924.— Homme 58 ans. Hématurie et douleur pour pap. du bassin. Hydronéphrose avec épithélioma pap. N° 183.
 214. JOSEPH, 1924.— Néphrectomie pour pap. du bassin. 2 récurrences dans 1 mois $\frac{1}{2}$. Fulguration. Pap. du bassin. N° 185.
 215. MAC GLANNAN, 1924.— Femme 46 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Pap. du bassin envahissant le parenchyme. Kystadénome pap. N° 256.
 216. MAC GLANNAN, 1924.— Femme 59 ans. Néphrectomie. Morte peu après l'opération (insuffisance rénale). Epithélioma pap. du bassin. N° 256.
 217. PAPIN M., 1924.— Homme 57 ans. Hématurie et douleur. Résection segmentaire de l'uretère droit avec urétéroraphie. Pap. du bassin. N° 316.
 218. PATCHE et RHEA, 1924.— Hématurie et douleur. Pap. près de l'or. urétéral. Pyélo, défaut de remplissage. Néphrectomie avec electro-coagulation. Papillomatose du bassin et de la partie supérieure de l'uretère. Kystadénome pap. du rein. Pap. mal. N° 327.
 219. RESCHKE, 1924.— Hématurie et douleur. Débris dans 2 reins. Néphrotomie droite. Néphrotomie gauche 5 jours après. Néphrectomie droite pap. nécrosé. N° 347.
 220. REYNES in STRICKER, 1924.— Hématurie, tumeur. Néphrectomie. Hydronéphrose avec épithélioma pap. N° 389.
 221. SALERAS, 1924.— Homme 29 ans. Hématurie et douleur. Néphrectomie pour pap. Guérison contrôlée 3 mois après. N° 363.
 222. SCHAUDIG, 1924.— Homme 45 ans. Hématurie et douleur. Pap. de l'or. gauche. Néphrectomie gauche. Papillomatose du bassin propageant à l'uretère et au parenchyme. Pap. dégénéré. N° 370.

223. STEINTHAL, 1924.— Homme 46 ans. Hématurie et tumeur. Néphrectomie. Hydronéphrose avec pap. empiétant sur le parenchyme. Pap. bén. Mort 8 mois après en coma.
224. THOMAS REGNIER, 1924.— Jeune homme. Hématurie. Pap. multiples dans la vessie et près de l'or. urétéral gauche. Néphro-urétérectomie totale primitive. Electro-coagulation du pap. Guérison contrôlée 2 ans après. Pap. bén. du bassin. N° 410.
224. THOMAS REGNIER, 1924.— Homme 62 ans. Hématurie. Néphrectomie pour la tumeur du bassin. Epithélioma pap. du bassin. N° 410.
226. THOMSON, 1924.— Homme. Radio: ombre calculeuse. Néphro-tomie exploratrice. Néphrectomie. Pap. bén. du bassin.
227. VIANNAY, 1924.— Homme 16 ans $\frac{1}{2}$. Hématurie, douleur et tumeur. Radio calcul du bassin droit. Pyélotomie. Polype du bassin. N° 420.
228. DAY FAIRCHILD et MARTIN, 1925.— Homme 60 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphro urétérectomie pour calcul et tumeur du rein. Calcul du bassin. Papillomes dégénérés dans bassin et uretère. N° 79.
129. DAY FAIRCHILD et MARTIN, 1925.— Homme 60 ans. Hématurie et douleur. Néphrectomie avec urétérectomie (4 cm.) Papillomatose du bassin en partie nécrosé. N° 79.
230. FRANÇOIS, 1925.— Homme 40 ans. Hématurie et douleur. Pyélo. Irrégularité du contour du bassin. Uretère d'aspect dentelé. Néphro-urétérectomie partielle pour papillomatose du bassin. N° 110.
231. KLEINSCHMIDT, 1925.— Homme 65 ans. Hématurie, douleur. Néphro-urétérectomie pour la tumeur du rein. Papillomatose bénigne de l'uretère. N° 205.
232. LÖFFLER, 1925.— Homme 29 ans. Hématurie et douleur. Néphro-urétérectomie. Papillomatose de l'uretère. N° 241.
233. MAINGOT, 1925.— Femme 63 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphro-urétérectomie partielle. Guérison contrôlée 3 ans $\frac{1}{2}$ après. Epithélioma pap. villex du bassin et de la partie supérieure de l'uretère. N° 261.
234. MELTZER et LUBASH, 1925.— Homme 45 ans. Hématurie et douleur. Néphrectomie pour la tumeur du rein droit. Epithélioma pap. du bassin, envahissant le parenchyme rénal. N° 280.
235. SMIDT et GILBERT, 1925.— Femme 61 ans. Hématurie et douleur. Pap. vésical et à l'or. urétéral. Pyélo. Défaut de remplissage. Néphrectomie et fulguration. 2-ème opération pour récidive urétérale. Urétérectomie totale. 3-ème opération: Taille hypogastrique pour la tumeur vésicale. Papillomatose du bassin avec envahissement du parenchyme rénal. Epithélioma pap. Papillomatose de l'uretère bén. N° 382.
236. STEWART, 1925.— Femme 75 ans. Hématurie et douleur. Néphro-urétérectomie partielle. Papillomatose du bassin avec kyste glandulaire. N° 392.

237. SWARTZ, 1925.— Femme âgée. Hématurie. Morte avant l'opération. Tumeur du bassin. N° 378.
238. DOZSA, 1926.— Homme 48 ans. Hématurie. Pap. à l'or. urétéral. Pyélo-amputation du calice moyen et inférieur. Néphrectomie pour papillomatose du bassin et fulguration du polype urétéral. Bassin rempli de papill. et de villosités en partie dégénérées. N° 85.
239. DOZSA, 1926.— Homme 56 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphrectomie avec urétérectomie partielle pour tumeur du bassin. Partie inférieure du bassin et partie supérieure de l'uretère sont couvertes de pap. bén.
240. DOZSA, 1926.— Homme 36 ans. Hématurie. Radio. Ombre suspecte du bassin gauche. Néphrectomie pour papillomatose du bassin. Contrôle 4 ans. Pap. avec point nécrotique dans le calice. id.
241. DOZSA, 1926.— Homme 47 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Pap. gros comme noix en partie nécrosé. Néphro-urétérectomie partielle et électro-coagulation du polype. Les calices et bassin sont remplis de masses villeuses. L'uretère épaissi et obstrué de pap. disséminés. id.
242. DOZSA, 1926.— Homme 62 ans. Hématurie, tumeur. Papillomatose de l'uretère tombant dans la vessie. Electro-coagulation. On attend l'opération. id.
243. GOTTLIEB, 1926.— Femme 49 ans. Hématurie et douleur. Néphro-urétérectomie subtotale. Epithélioma pap. du bassin. N° 129
244. GOTTLIEB, 1926.— Homme 40 ans. Pap. à l'or. droit. L'intervention n'est pas encore publiée. N° 129.
245. HASLINGER, 1926.— Femme 72 ans. Hématurie et douleur. Grosse tumeur de l'or. Pas d'élimination à g. Extirpation du polype vésical 7 mois plus tard néphro-urétérectomie partielle après la néphrotomie. Papillomes de la vessie et de l'uretère sont nettement mal, celui du bassin en dégénérescence. N° 143.
246. HASLINGER, 1926.— Femme 60 ans. Hématurie et douleur. Néphrectomie droite. Récidive vésicale puis urétérale. Urétérectomie totale d'un urètre supplémentaire. Papillomatose bén. dans le calice sur une papille. La partie inférieure de l'uretère est remplie de villosités bén. N° 143.
247. JUDD et STUTERS, 1926.— Hématurie et douleur. Néphro-urétérectomie subtotale. N° 190.
248. KEY et ACKERLAND, 1926.— Homme 52 ans. Hématurie et douleur. Urétérographie. Défaut de remplissage de la partie supérieure. Néphro-urétérectomie totale. Epithélioma pap. de l'uretère. Guérison. N° 199.
249. KEY et ACKERLAND, 1926.— Femme 70 ans. Hématurie et douleur à la miction. Radio, ombre de calcul. Défaut de remplissage de l'uretère. Néphro-urétérectomie transpéritonéale pour la tumeur de l'uretère. Mort subite, embolie. Papillomatose dégénérée de l'uretère. N° 199.

250. KEYNES, 1926.— Homme 44 ans. Hématurie et douleur. Pyélo. Défaut de remplissage. Néphrectomie droite. Papill. bén. rem-plissant en partie le bassin. N° 194.
251. MARION, 1926.— Hématurie avec pyurie. Néphrectomie gauche après pyélographie. Papillomatose du bassin envahissant le parenchyme. N° 319.
252. MUTO, 1926.— Homme 41 ans. Hématurie, douleur, tumeur. Néphrectomie. Epithélioma pap. du bassin avec hydro-héma-tonéphrose. Cachexie. Métastase lymphatique, osseuse, viscé-rale et de la peau. N° 297.
253. PERLMANN, 1926.— Homme 71 ans. Hématurie et douleur. Pyélo. Bassin ne se remplit pas. Néphrectomie avec urété-rectomie partielle, hématome périrénal. Villosités dans le bas-sinet et la partie supérieure de l'uretère. Epithélioma pap. N° 329
254. PERLMANN, 1926.— Homme 52 ans Hématurie. Néphrectomie, récurrence vésicale 6 mois après coagulation. Nouvelles récurrences 14 mois et 2 ans après. 2 coagulations. Mort 11 ans après l'o-pération. Fibroépithélioma pap. du bassin. id.
255. PERLMANN, 1926.— Homme 64 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphrectomie avec urétérectomie (14 cm.). Papillo-matose bén. du bassin. id.
256. POSNER, 1926.— Hématurie. Pap. sortant de l'or. Néphrectomie puis urétérectomie totale. Epithélioma pap. de l'uretère. N° 338.
257. STRICKER, 1926.— Hématurie. Néphrectomie après la néphro-tomie exploratrice 6 mois plus tard urétérectomie totale, à cause de récurrences. Papillomatose du bassin et papillomatose diffuse de l'uretère. N° 398.
258. WHITE et RITCH, 1926.— Homme 52 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Pap. de l'or. urétéral droit. Taille pour la tumeur 2 mois plus tard. Néphro-urétérectomie. Epithélioma pap. du bas-sinet et papillomatose bénigne de l'uretère et de la vessie. N° 434.
259. ALLEMANN, 1927.— Femme. Hématurie et douleur à la mic-tion. Néphrectomie. Pap. du bassin dans l'hydronéphrose. N° 12.
260. BRUNET, 1927.— Femme 60 ans. Hématurie. Pap. au cystos-cop. Urétéro-cystonéostomie. N° 59.
261. CASSUTO, 1927.— Homme 24 ans. Hématurie. Pap. à l'or. dr. Electrocoagulation et néphrectomie pour pyonéphrose. N° 56.
262. ENDELMAN, 1927.— Homme. Hématurie et douleur. Pap. de l'or. dr. Néphrectomie récurrence vésicale. Mort. Papillomatose du bassin et de l'uretère. N° 92.
263. HUNT, 1927.— Homme 47 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphrectomie. Mort 5 mois après. Epithélioma pap. du bas-sinet. N° 157.
264. HUNT, 1927.— Homme 55 ans. Hématurie. Néphrectomie avec urétérectomie (10 cm.) récurrence urétérale. Urétérectomie to-tale. Application du radium. Récurrence vésicale. Epithélioma pap. du bassin et de l'uretère. Mort 2 ans $\frac{1}{2}$ après la 1-ère opération.

265. HUNT, 1927.—Homme 34 ans. Hématurie, douleur. Fulguration du polype. Néphro-urétérectomie totale, récurrence vésicale. Résection de la vessie. Application de radium. Mort 7 ans après la 1-ère opération. Epithélioma pap. du bassin.
266. HUNT, 1927.— Homme 48 ans. Hématurie et douleur. Fulguration. Néphro-urétérectomie partielle, récurrence vésicale. Urétérectomie totale. Epithélioma pap. du bassin et de l'uretère. Mort 2 ans après la 2-ème opération.
267. HUNT, 1927.— Homme 62 ans. Hématurie et tumeur. Néphrectomie. Mort 4 ans après. Epithélioma pap. du bassin.
268. HUNT, 1927.— Femme 54 ans. Hématurie et tumeur. Néphrectomie pour la tumeur rénale et splénectomie pour bacillose. Papillomatose du bassin. Guérison contrôlée 3 ans après.
269. HUNT, 1927.— Femme 65 ans. Hématurie et douleur. Néphro-urétérectomie du 1/3 supérieur pour la tumeur du bassin. Mort 13 jours après. Péritonite. Epithélioma du bassin.
270. HUNT, 1927.— Femme 57 ans. Hématurie, douleur. Néphrectomie avec urétérectomie partielle (15 cm.) pour épithélioma du bassin. Récurrence urétérale. Urétérectomie totale. Morte 10 jours après l'opération. Epithélioma pap. du bassin et de l'uretère avec hydronéphrose.
271. HUNT, 1927.— Homme 42 ans. Hématurie douleur. Néphrectomie avec urétérectomie (10 cm.). Urétérectomie totale 2 semaines plus tard. Epithélioma pap. bacillaire.
272. HUNT, 1927.— Femme 40 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphro-urétérectomie totale pour épithélioma pap. du bassin, de l'uretère et de la vessie.
273. HUNT, 1927.— Homme 44 ans. Hématurie et douleur. Néphro-urétérectomie totale après la pyélographie. Epithélioma pap. du bassin.
274. HUNT, 1927.— Homme 49 ans. Hématurie. Néphrectomie, récurrence vésicale. Urétérectomie totale. Epithélioma pap. du bassin. Récurrence. Epithélioma.
275. HUNT, 1927.— Homme 46 ans. Hématurie. Néphro-urétérectomie totale en 2 temps. Mort 10 mois après. Epithélioma pap. de la vessie, de l'uretère et du bassin.
276. HUNT, 1927.— Homme 61 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphrectomie. Mort 5 mois après. Epithélioma pap. du bassin.
277. JOLY, 1927.— Homme 13 ans. Hématurie. Néphrectomie après la pyélographie. Pap. bén. du calice moyen. N° 179.
278. JOLY, 1927.— Homme 61 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphrectomie avec urétérectomie partielle. Métastase au foie. Mort 6 mois après. Papillomatose bénigne du bassin et de l'uretère.
279. MATHAES, 1927.— Homme 54 ans. Hématurie. Papillomatose de l'uretère gauche. Néphrectomie il y a 4 ans. Mort avant opération. Métastase osseuse et pulmonaire. Cancer pap. du bassin et de l'uretère. N° 273.
280. MOCK, 1927.— Homme 38 ans. Hématurie et douleur. Néphro-urétérectomie partielle. Epithélioma pap. du bassin. N° 290.

281. MONTENEGRO, QUINTAVA et LALESIA, 1927.— Homme 31 ans. Hématurie et douleur. Néphrectomie. Epithélioma pap. Tumeur villeuse près de l'origine urétérale.
282. MOTZ, 1927.— Homme 56 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Mort avant opération. Epithélioma pap. du bassinot droit et néoplasme du rein gauche. N° 294.
283. MOTZ, 1927.— Homme 43 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphrectomie après pyélographie. Papillomatose du bassinot. N° 294.
284. RENNER, 1927.— Femme 61 ans. Hématurie. Néphrectomie Hydronéphrose, pap. du bassinot. N° 348.
285. SCHIMAMURA et CANISAWA, 1927.— Homme 54 ans. Hématurie et tumeur. Néphrectomie. Papillomatose du bassinot. N° 373
286. SCHIMAMURA et CANISAWA, 1927.— Homme 40 ans. Hématurie. Néphro-urétérectomie partielle. Hydronéphrose. Papillomatose du bassinot et de la partie supérieure de l'uretère.
287. SCHOLL, 1927.— Homme 65 ans. Hématurie et douleur. Néphro-urétérectomie avec 10 cm. Epithélioma pap.
288. SMIDT et KRAUSS, 1927.— Homme. Néphrectomie adénopap. du bassinot. N° 374.
289. TAKAHASHI, 1927.— Homme 64 ans. Prostatectomie et résection de la tumeur urétérale. N° 406.
290. TAKAHASHI, 1927.— Femme 57 ans. Hématurie douleur., tumeur. Papillom. de l'or. non opéré. N° 406.
291. VOLANTE, 1927.— Homme 49 ans. Hématurie et douleur. Néphrectomie. Décès au moment de l'urétérectomie. Epithélioma pap. N° 425.
292. BACHRACH, 1928.— Homme 54 ans. Hématurie, tumeur. Néphro-urétérectomie partielle pour le pap. de l'uretère. N° 17.
293. DE LA MAZZA, 1928.— Homme 58 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Gros pap. cachant l'or. urétéral gauche. Plusieurs petits pap. autour. Le rein gauche ne secrète pas. Néphro-urétérectomie transpéritonéale. Mort 4 jours après. Embolie pulmonaire. Papillomatose de l'uretère. Hydronéphrose. N° 282.
294. GODART et GAUTIER, 1928.— Femme 40 ans. Hématurie et douleur. Néphrectomie, volumineux pap. dans le bassinot. Urohématonéphrose. N° 124.
295. LEGUEU, 1928.— Homme 56 ans. Hématurie après l'accident. Défaut de remplissage du bassinot. Néphrectomie. Epithélioma pap. du bassinot.
296. LIVERMORE, 1928.— Homme 44 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphro-urétérectomie après la pyélo. Adénocarcinome du bassinot. N° 236.
297. MAC ALPIN, 1928.— Homme 58 ans. Hématurie et douleur. Pyélo., l'ombre irrégulière jusqu'à la région sacro-iliaque. Néphro-urétérectomie, tumeur de 1/3 inférieur de l'uretère. Carcinome pap. 249.
298. NEUWIRT et BERDINA, 1928.— Femme 58 ans. Hématurie tumeur. Papillomatose de l'uretère procidant dans la vessie. Né-

- phro-urétérectomie partielle. Papillomatose du bassin et de l'uretère. N° 302.
299. NEUWIRT et BERDINA, 1928.— Homme 27 ans. Hématurie doul. Néphro-urétérectomie après l'urétérographie. Papillomatose du pôle supérieur de l'uretère.
 300. PASCUAL, 1928.— Homme 35 ans. Néphrectomie pour la tumeur du rein. Epithélioma pap. du bassin propageant au parenchyme. Calcul de l'uretère. N° 324.
 301. PFEIFER, 1928.— Homme 66 ans. Hématurie. Pyélo. Défaut de remplissage. Pap. à l'or. dr. Néphrectomie. adénocarcinome pap. d'un calice. N° 332.
 302. PLAYER LIONEL, 1928.— Femme 65 ans. Hématurie, 2 pap. à l'or. urétéral. Electro-coagulation, récurrence vésicale. Néphrectomie. Epithélioma pap.
 303. SCHWARTZ, 1928.— Homme 58 ans. Hématurie, doul. Amputation du calice supérieur. Tumeur probable du bassin. Néphrectomie, le rein couvert de petits abcès. Périnéphrite. Papillomatose du bassin. N° 378.
 304. SKLARTZ, 1928.— Homme. Hématurie. Néphrectomie. Papillomatose du bassin et du calice supérieurs. N° 381.
 305. THOMSON, WALKER, 1928.— Homme 65 ans. Hématurie. Néphrectomie après la pyélo. Plusieurs récurrences urétéro-vésicales. Urétérectomie 2 ans et 3 mois après plusieurs fulgurations. Papillomatose du bassin, de l'uretère, et de la vessie pap. typique. N° 411.
 306. THOMSON, WALKER, 1928.— Homme 65 ans. Hématurie et douleur. Néphrectomie pour papillomatose du bassin après pyélo. récurrence urétérale 4 mois après. Urétérectomie. Tumeurs du bassin et de l'uretère sont malignes.
 307. THOMSON, WALKER, 1928.— Femme 68 ans. Hématurie et douleur. Néphrectomie pour papillomatose du bassin après pyélo. Récurrence 1 an et 9 mois après. Nouvelle récurrence vésicale, fulguration. Petit pap. du bassin. L'uretère paraît normal. Urétérectomie montre les 2/3 supérieurs remplis d'épithélioma pap. N° 411.
 308. TUZIC, 1928.— Femme 25 ans. Hématurie tumeur. Néphrectomie pour hydronéphrose. N° 417.
 309. VETHERELL, 1928.— Homme. Hématurie. Néphrectomie gauche pour hypérnéphrome après pyélo. 2/3 supérieurs du bassin remplis d'épithélioma pap. N° 431.
 310. WEDENSKY et ILJIN, 1928.— Homme 41 ans. Hématurie indolore. Ombre avec taches d'intensité inégale du bassin. Néphrectomie. Grosse périnéphrite. Décès. Pap., nécrosé en partie, dans pyonéphrose. N° 436.
 311. ALBERT, 1929.— Homme 56 ans. Hématurie et douleur. Néphro-urétérectomie partielle pour le pap. du bassin diagnostiqué par la pyélographie. Papillomatose typique du bassin.
 312. BACHRACH, 1929.— Homme 66 ans. Hématurie. Pap. de l'or. gauche. Electro-coagulation récurrence 2 ans après résection de l'uretère et de la vessie. Epithélioma pap. de l'uretère. N° 17.

313. BERDNA et SIMON.— Homme 53 ans. Hématurie douloureuse. Pneumopyélographie. Papillomatose du bassinet incrusté de sel. Pas d'opération. N° 28.
314. BOTHE, 1929.— Homme 56 ans. Hématurie douloureuse. Néphrectomie droite après pyélographie pour papillomatose du bassinet. Papillomatose du bassinet microscopiquement bén. N° 41.
315. BOVEN, 1929.— Homme 58 ans. opéré pour la prostate et calculs vésicaux il y a 9 mois. Pyurie depuis longtemps. Cathétère bute à gauche. Néphrectomie pour pyonéphrose calculeuse. Pap. obstruant l'uretère. Pap. d'origine inflammatoire(??) N° 43.
316. BURFORD, 1929.— Femme 46 ans. Hématurie. Pap. de l'or. Urétérectomie gauche. Fulguration, récursive. Néphro-urétérectomie totale après pyélographie. Fulguration de la récursive. La malade revue 2 ans après. Epithélioma pap. du bassinet. N° 51.
317. BURFORD, 1929.— Homme 63 ans. Hématurie. Défaut de remplissage du bassinet. Néphro-urétérectomie partielle (1/3 supérieur de l'uretère). Guérison se maintenant 11 ans après. Papillomatose du bassinet propagé au calice. N° 319.
318. DZIALOSZINSKY, 1929.— Femme 69 ans. Hématurie douloureuse vésicale. Pap. de l'or. urétéral droit. Electro-coagulation récursive. Néphro-urétérectomie partielle pour un carcinome sténosant. Urétérectomie totale. Hydro-néphrose tumeur du 1/3 inférieur de l'uretère. N° 88.
319. EVERIDGE, 1929.— Homme 32 ans. Hématurie et douleur. Papillomatose dans la vessie. Electro-coagulation 1 semaine plus tard. Néphro-urétérectomie totale en 2 temps dans un intervalle de 2 semaines. Papillomatose du bassinet et de l'uretère. N° 98.
320. GERARD, 1929.— Homme 62 ans Hématurie douloureuse. Néphrectomie gauche. Papillome bénin de la partie inférieure du bassinet obstruant l'or. N° 116.
321. GORACHE, 1929.— Homme 47 ans. Hématurie douloureuse. Défaut de remplissage. Néphro-urétérectomie subtotal pour papillomatose du bassinet. Récursive urétéro-vésicale. Urétérectomie totale. Nouvelle récursive, électro-coagulation. Papillomatose du bassinet. N° 127.
322. GORACHE, 1929.— Homme 52 ans. Hématurie douloureuse. Défaut de remplissage. Néphro-urétérectomie pour papillomatose maligne du bassinet et opération de Steinach. Calcul. Epithélioma pap. du bassinet. N° 127.
323. JUDD et STARR, 1929.— Homme 41 ans. Hématurie microscopique et douleur. Défaut de remplissage. Néphrectomie. Epithélioma pap. du bassinet. N° 189.
324. MAYER, 1929.— Extirpation du pap. procidant dans la vessie à l'aide de ligature. En 1924, guérison. 4 ans plus tard, prolapsus de la muqueuse. N° 276.
325. PARIS, 1929.— Femme 41 ans. Hématurie douloureuse. Néphro-urétérectomie partielle. Guérison contrôlée 10 ans après. Papillomatose bénigne du bassinet. N° 319.

326. PARIS, 1929.—Homme 56 ans. Hématurie douloureuse. Néphro-urétérectomie partielle pour la tumeur rénale. Contrôlé 20 mois après. Papillomatose du bassin et avec greffe urétérale. N° 319.
327. PARIS, 1929.— Homme 51 ans. Hématurie douloureuse. Néphro-urétérectomie partielle, récurrence urétérale 4 mois après Electro-coagulation. Nouvelle récurrence vésicale. Urétérectomie totale. Mort 9 mois après. 2 papillomes dégénérés du bassin. Moignon urétéral contient plusieurs pap. en voie de dégénérescence.
328. PARIS, 1929.— Hématurie. Néphrectomie pour la tumeur, récurrence urétérale et vésicale. Urétérectomie totale en 2 temps. Papillomatose du bassin en voie de dégénérescence mal. Papillomatose diffuse de l'uretère.
329. PARIS, 1929.— Femme. Hématurie. Néphrectomie droite pour la tumeur. Récurrence vésicale. Urétérectomie et fulguration du polype vésical. Papillomatose envahissant le bassin et les calices. Uretère normal.
330. PARIS, 1929.— Homme. Hématurie n'est survenue qu'après la néphrectomie. Calcul à la radio. Néphrectomie, récurrence vésicale 1 an après. Urétérectomie totale 2 ans après. Généralisation. Grosse hydronéphrose contenant 3 ou 4 pap. avec quelques calculs. Papillomatose diffuse du 1/3 inférieur de l'uretère en voie de dégénérescence.
331. PARIS, 1929.— Femme 66 ans. Hématurie. Néphrectomie gauche. Fulguration 3 mois plus tard pour récurrence vésicale Radium et radiothérapie pour hématurie incessante. 3 polypes dégénérés du bassin. Mort 8 mois après.
332. PARIS, 1929.— Homme 65 ans. Hématurie. Néphrectomie pour la tumeur probable du rein. 9 mois plus tard récurrence urétéro-vésicale. Urétérectomie. Mort 6 mois après. Papillomatose du bassin, dans l'uretère 3 pap.
333. PARIS, 1929.— Homme. Hématurie. Déficience du rein gauche. Néphro-urétérectomie partielle, récurrence urétérale et vésicale. Urétérectomie totale 2 récurrences: 9 mois et 3 mois après. Mort 1 an $\frac{1}{2}$ après urohématonéphrose. Pap. du volume d'un œuf. Epithélioma pap. Réc. l'uretère est rempli de végétations jusque dans la vessie.
334. PASTEAU, 1929.— Papillomatose de l'uretère fulguré.
335. SALERAS et FALCIA, 1929.— Homme 60 ans. Hématurie douloureuse. Néphrectomie. Epithélioma du bassin. N° 364.
336. SAMON, 1929.—Homme. Hématurie et douleur. Défaut de remplissage. Néphro-urétérectomie. Récurrence vésicale. Fulguration. Hydronéphrose. Calice supérieur et bassin contiennent pap. bén. N° 366.
337. SCHMUTTE, 1929.— Hématurie. Amputation des calices moyen et supérieur. Néphrectomie pour la tumeur du rein. Papillomatose du bassin envahissant sur le parenchyme. N° 384.
338. STEVENS, 1929.— Homme 50 ans. Hématurie et douleur. Pyélographie impossible. Urétérogramme normal. Néphrectomie

- pour la tumeur du rein. Pyonéphrose contenant un papill. bloquant l'uretère. Epithélioma papill. N° 391.
339. STEVENS, 1929.— Homme 45 ans. Hématurie tumeur. Néphrectomie pour la tumeur du bassinet droit après la pyélographie. Epithélioma pap. propagé à l'uretère. N° 391.
 340. ASCOLI, 1930.— Homme 60 ans. Hématurie. Cystite. Sonde à demeure. Mort avant opération. Hydronéphrose. Epithélioma pap. 6 cm. au-dessus de la vessie. N° 14-bis.
 341. CHAUVIN et CERATI, 1930.— Homme 41 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphro-urétérectomie partielle pour le polypose de l'uretère, désunion des plaies. Occlusion intestinale. Anus artificiel. Mort par cachexie. Hématonéphrose avec un trou communiquant avec la loge périrénale. L'uretère rempli de franges pap. Epithélioma pap. Pas de papillomatose dans le bassinet. N° 59.
 342. CHAUVIN et CERATI, 1930.— Femme 68 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Frange pap. des 2 côtés. Revue 2 ans plus tard avec douleur rénale. N'est plus revue.
 343. D'AUNUY, REGNEY et ZOELLER, 1930.— Femme 59 ans. Hématurie. Urétérectomie et 40 jours plus tard après, néphrectomie pour papillomatose de l'uretère. Hydronéphrose. Epithélioma pap. de l'uretère. N° 15.
 344. FOWLER, 1930.— Homme 42 ans. Hématurie, pap. vésicale, taille pour la tumeur. Fulguration pour la récurrence. Cystostomie. Plusieurs récurrences pendant 11 ans. Mort. Tumeur pap. de la vessie et du 1/3 inférieur de l'uretère. Hydronéphrose. Pap. dégénéré. N° 112.
 345. LHAYVILLE in CERATI, 1930.— Homme 54 ans. Dysurie, ancien rétréci. Tumeur pap. sortant de l'or. gauche. Electro-coagulation du polype et de son pédicule dans l'uretère. N° 63.
 346. MAC COWN, 1930.— Hématurie microscopique « butée sanglante ». Pyélographie impossible. Néphro-urétérectomie subtotale. Mort 24 heures après. Epithélioma pap. de l'uretère. N° 254.
 247. NORA, 1930.— Homme 50 ans. Hématurie douleur. Néphro-urétérectomie jusqu'au petit bassin, récurrence 4 mois plus tard, tumeur sort de l'or. urétéral. Electro-coagulation intra-urétérale. Nouvelle récurrence. Urétérectomie totale 3 mois plus tard. 2 polypes dans le bassinet, 2 dans l'uretère. Plusieurs petits polypes dans l'uretère enlevés. Pap. dégénéré. N° 307.
 348. VIETHEN, 1930.— Homme 45 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Néphro-urétérectomie partielle. Mort d'embolie le 8-ème jour après. Polype pédiculé de l'uretère. N° 421.
 349. VIETHEN, 1930.— Femme 60 ans. Hématurie douleur. Urétérectomie après urétérographie. Papillomatose bén. de l'uretère. N° 421.
 350. CHAUVIN et ROMIEU, 1931.— Homme 60 ans. Rétrécissement de l'uretère. Hématurie douleur et pollakiurie 2 or. à droite

- de l'or. inférieur sort un petit polype. Polype sphacélé au niveau de l'or. gauche invisible. Urétrotomie interne. Biopsie de la tumeur montre qu'il s'agit d'un aréno-pap. kystique. Electro-coagulation des polypes. N^s 59bis.
351. CHEVASSU, 1931.— Homme. Hématurie depuis 1 2ans. Polype de l'uretère « butée sanglante ». Fulguration pour récurrence régulière depuis 12 ans. Une fulguration intra-urétérale aveugle permet d'arrêter la récurrence pendant 5 ans. N^o 60.
 352. DAVIS et SACHS, 1931.— Homme 70 ans. Hématurie, éjaculation sanglante à gauche, sonde amène des urines claires. Néphrectomie. Hématurie continue. Néphrectomie 1 an plus tard. Urétérectomie totale. Pap. du 1/3 inférieur de l'uretère et dans la vessie en voie de dégénérescence.
 353. ERCOLE, 1931.— Femme 5 6ans. Hématurie et douleur. Défaut de remplissage. Néphrectomie. Papillomatose du bassin. N^o 93.
 354. HELFER, 1931.— Homme 48 ans. Hématurie et douleur. Tumeur villosité de l'or. droit. Biopsie: Tum. mal. Néphro-urétérectomie partielle. Mort 2 mois après (pneumonie caséuse). Papillomes multiples du bassin. Epithélioma pap.
 355. MARINESCO, 1931.— Femme 46 ans. Hématurie, douleur et tumeur. Cathétérisme buté à 6 cm. à gauche. Néphrectomie. Mort 2 ans plus tard (urémie). Plusieurs petits papillomes dans le bassin. Hydronéphrose. N^o 266.
 356. MOTTA, 1931.— Homme 48 ans. Hématurie, coliques néphrétiques. Néphro-urétérectomie partielle pour tumeur du bassin diagnostiquée par la pyélographie. Pap. bén. du bassin. Pyonéphrose avec des petits abcès multiples. N^o 393.
 357. BERNASCONI, 1932.— Homme 64 ans. Hématurie douloureuse, aspect neigeux de l'ombre du bassin. Néphrectomie sous capsulaire. Papillomatose typique du bassin. N^o 28-bis.
 358. LAFFITTE et SAINT-PAUL, 1932.— Homme 60 ans. Hématurie douloureuse. N^o 216-bis.
 359. MACKENZIE et RATNER, 1932.— Homme 61 ans. Hématurie et tumeur. Défaut de remplissage du pôle supérieur du bassin. Néphro-urétérectomie partielle pratiquée pour pap. ou tumeur. Papillomatose du bassin dégénéré. N^o 263.
 360. MELICOFF et FINDLEY, 1932.— Homme 27 ans. Hématurie et douleur. Pas de sécrétion au cathéter. Plusieurs ombres calculeuses à la pyélographie. Néphro-urétérectomie pour lithiase réno-urétérale. Tumeur vermiciforme de l'uretère. 5 petits calculs dans un calice. N^s 279.
 361. SERANTES MONSERRAT et GARCIA, 1932.— Homme 49 ans. Hématurie douloureuse pendant la miction. Rein gauche est gros. Pyélographie impossible. La sonde bute à 4 cm. Abrodil intra-veineux. Néphrectomie pour hématonéphrose et tumeur du bassin. Epithélioma pap. du bassin.
 362. FARCACE, 1933.— Homme 60 ans. Hématurie, coliques. Défaut de remplissage de l'uretère. Néphrectomie pour tumeur de l'uretère. Papillomatose du bassin et de l'uretère. Fibro épithélioma pap. N^o 100.

363. FICHER, 1933.— Homme 58 ans. Hématurie. Néphrectomie. Tumeur pédiculée au bord du calice. N° 104-bis.
364. KITAGAVA et OSAKI, 1933.— Homme 62 ans. Hématurie et tumeur. Ponction de la poche. Néphrectomie. Papillomatose du bassinet et de la partie supérieure de l'uretère. N° 203.
365. OREJA, 1933.— Homme 60 ans. Hématurie et tumeur. Néphrectomie pour tumeur. Papillomatose du bassinet. N° 325.
366. OREJA, 1933.— Homme 35 ans. Hématurie. Pap. de la vessie à droite. Taille hypogastrique. Cysto 2 ans plus tard. Hémorragie par l'or. gauche. Néphrectomie pour tumeur rénale. Ns 325.
367. OREJA, 1933.— Homme 51 ans. Hématurie, colique néphrétique gauche. Néphrectomie pour tumeur. Mort 4 jours après. Embolie. Papillomatose du bassinet. N° 325.
368. PASCUAL, 1933.— Homme 24 ans. Hématurie et douleur. Néphrectomie pour tumeur. Papillomatose du bassinet et de la partie supérieure de l'uretère. N° 325.
369. AL. DE LA PENA, 1933.— Homme 49 ans. Hématurie et douleur. Amputation de calice supérieur. Néphrectomie pour tumeur du bassinet. Epithélioma pap. du bassinet. B. W. positif. Anémie avancée. N° 325.
370. SANCHEZ COVISA, 1933.— Homme 50 ans. Hématurie et douleur. Néphrectomie pour tumeur. Papillomatose du bassinet. N° 325.
371. BACHRACH, 1933.— Homme 58 ans. Hématurie. L'urétérographie montre une ombre en éventail au milieu de l'uretère. Néphro-urétérectomie partielle avec ablation de la tumeur. 2 ans plus tard nouvelle hématurie. Pap. dans l'extrémité inférieure de l'uretère. 2 ans après nouvelle hématurie. Pap. près de l'orifice urétéral. Cystectomie partielle. Ns 325.
372. CHAUVIN, 1933.— Homme 63 ans. Hématurie depuis 2 ans. Tumeur rénale droite volumineuse et douloureuse. Ejaculations sanglantes dans une vessie normale. Néphrectomie pour la tumeur du rein. Hématonéphrose sans lésion néoplasique. Persistance de l'hémat. 1 an plus tard une frange de polypes de l'or. urétéral dr. vérifiant le diagnostic des tumeurs urétérales primitives. Des métastases vés. réitérées se sont produites, détruites par l'électrocoagulation. Le malade refuse une nouvelle intervention. N° 325.
373. CHAUVIN, 1933.— Femme 72 ans. Hématurie depuis 18 mois. Pas de tumeurs perceptibles. Ejaculations sanglantes par l'orifice G. Le cathétérisme urétéral bute à quelques cm. et provoque un saignement léger. L'injection opaque montre à la radio un arrêt brusque du liquide qui dessine un cul de sac renflé et déprimé en coupe de champagne à la partie moyenne de la symphyse. Urographie au Ténébryl. L'image pyélo-urétérale s'arrête en bas à 2 cm. plus haut que le cul de sac précité. Diagnostic tumeur urétérale. Intervention refusée. N° 325.
374. FULLERTON, 1933.— Homme 41 ans. Hématurie légère, noirâtre sans caillots. Ejaculations sanglantes à g. Pyélo: Aplatis-

sement de la paroi supérieure du bassin. Diagnostic pendant l'opération : angioma. Biopsie montre tumeur pap. Néphrectomie secondaire. N° 325.

375. SANCHEZ COVISA, 1933.— Homme 39 ans. Hématurie par l'orifice droit. Néphrectomie pour hématurie. Gros pap. du bassin. N° 325.
376. SANCHEZ COVISA, 1933.— Homme 47 ans. Hématurie. Amputation des calices supérieur et moyen. Néphrectomie pour tumeur. Papillomatose du bassin. Guérison contrôlée 6 ans. N° 325.
377. R. DOS SANTOS, 1933.— Homme 63 ans. Coliques néphrétiques gauche : 1-er symptôme avec expulsion du calcul. Hématurie persiste venant du côté droit. La sonde à droite s'arrête à 8 cm. Pyélo au thorotrast une tache lacunaire ovale 3 cm. de longueur. Ombre éterogène. Contour du pap. est flou. Diagnostic tumeur de l'uretère. Resection de l'uretère au-dessus et au-dessous de la tumeur. Urétérostomie iliaque du bout supérieur. Mort 8^e jour (urémie). A l'autopsie néphrite calculeuse du rein gauche. N° 325.
-

Bibliographie

1. ABBOT.— Epithélioma papillaire du bassin.
Journ. of the Amer. Med. Assoc. 3 Mai 1903.
2. ADLER.— Beitrag zur Kenntniss de primären Tumoren des Ureters. Monatsbericht für Urologie N° X pp. 120-142, 1905.
3. ALBARRAN.— Tumeurs de la vessie. Paris 1893.
4. ALBARRAN.— Diagnostic des hématuries rénales.
Ann. des mal. des Org. génito-urin. p. 452, 1898.
5. ALBARRAN.— Bulletin de la Soc. de Chirurgie. Mai 1898.
6. ALBARRAN.— Néoplasmes primitifs du bassin et de l'uretère. Ann. des mal. des org. génito-urin. N° 7, 9 et 10, 1900.
7. ALBARRAN.— Adénome de l'uretère, extirpation, guérison.
Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris N° 28 pp: 838-844, 1902.
8. ALBARRAN.— Epithélioma de la partie infér. de l'uretère, résection, etc.
Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris, t. XXXII p. 669, 1906.
9. ALBARRAN.— Médecine opératoire des Voies Urinaires. Paris, 1909.
10. ALBARRAN et IMBERT.— Les tumeurs du Rein. Paris, 1903.
11. ALBARRAN et PAPIN.— Recherches sur l'anat. du Bassinet et l'expl. sanglante du Rein.
Revue de gynéc. et de Chirurgie abdomin. p. 833, 1907 et p. 275, 1908.
12. ALLEMANN.— Zür Kenntniss Selt. Nierenkrankungen : Nephritis granulosa, Nephritis dolorosa, Nierenbeckenpapillom.
Bruns Beitr. zur Klin. Chirurgie N° 4 p.p. 599-631, 1927.
13. ASCH.— 2-ème Congrès d'Urologie Allemande.
Zeit. für Urol. p. 425, 1909.
14. ASHNER.— Tumors of the kidney pelvis and of the Ureter.
Proc. of the New York path. Soc. 1921.
- 14-bis. ASCOLI.— Su di un caso di carcinoma primitivo dell'uretere.
Archivio italiano di Urol. t. VI p. 610, 1930.
15. AUNOY (de) RIGNEY and ZOELLER.— Primary Carcinoma of ureter et etc.
Arch. of Pathol. N° 9 pp. 17-30, 1930.
16. BARCOCK.— Report of three rare operations upon the urinary organs.
Ann. gyn. July 1902 : in Zeit für Harnund Sex. Org. N° 14, p. 118, 1903.
17. BACHRACH.— Papillare Tumor. des Ureters, Bedeut. der Radiogr. Darstellung.

- VIII Kongress in Berlin 26-29 Sept. 1928.
18. BARKER.— In Savory et Nash. Voir N° 368.
 19. BARNEY.— Papilloma of renal pelvis.
Boston Med. and Surg. Journ. N° 19, p. 716, 1923:
 20. BARTH.— Nierenbeckencarcinom.
Deut. M. Woch. v-35 N° 2, p. 83, 1909.
 21. BATTLE.— A case of calculus of the kidney assoc. with a
papill. of the renal pelvis.
Trans. Clin. Soc. London, p. 235, 1895.
 22. BASTOS.— Ein Fall. von Primargeschwulst des Harnleiters.
Zeit. für. Urol. Chir. p. 361, 1922.
 23. BAUER.— Zür Kenntniss der malig. Geschwulsten des Niere
und Nierenbecken.
Ziegl. Beitr. N° 50, p. 532, 1911.
 24. BAZY L.— Papillome du bassinot, néphrite hématurique.
Bull. et Mém. de la Soc. anat. N° 81, p. 541, 1906.
 25. BAZY P.— Papillome du Bassinet.
Soc. de Chir. 17 Oct. 1906.
 26. BEER.— Primary Papilloma of the Ureter.
Intern. Journ. of Surg. v-34 N° 7, p. 240, 1921.
 27. BEER.— Aseptic nephroureterectomy.
Journ. Amer. Med. Assoc. Chicago t-77, 1921.
 28. BERDNA et SIMON.—
Journ. d'Urol. v-XXVII, N° 5, 1929.
 - 28-bis. BERNASCONI Volumineux papillome du bassinot.
XXXII Congrès Fr. d'Urol. p. 837, 1932.
 29. BETACH.— Policlinic. t-XII, p. 525, 1896.
 30. BILLROTH.— Wien. Med. Wochenschr. N° 25, 1884.
 31. BINDER.— Ein carcinom. papill. Tumor der rechtseitigen Ab-
leitendenharnwege.
V.b.p.c. Erlangen C.F.P. N° 21, p. 305, 1910.
 32. BINDER.— Ein bisontogenesischer Uretertumor.
Beitr. z. Path. Anat. iena t-LXIX, p. 462, 1921.
 33. BISSEL.— Renal papillomata ureter implants theis.
Surgical treatment in the female.
Amer. gyn. Soc. v-49, p. 136, 1924.
 34. BLATT.— Ein neuer Weg zur Freigelung des untersten Harnlei-
ter-abschnittes nebst Bericht über ein derart operiertes pri-
mares Uretercarcinom.
Wien. Klin. Wochen. 30 Sept. t-XXXIX p. 1130, 1926.
 35. BLUM.— Über Carcinome des Nierenbeckens.
2-ème Cong. d'Urol. All. Zeit für Urologie v-3 N°6 p. 343, 1919.
 36. BOECKEL.— Epithélioma papillaire végétant du bassinot.
Journ. d'Urologie, N° 1, 1925.
 37. BOLD.— Resection eines Teils der Blase wegen Carcinome des
Blasenendes des Ureters.
N-York med. Monat. t. XVIII, p. 188, 1903.
 38. BACHRACH.— Congrès internat. d'Urol. 1933.
 39. BONNEL.— Epithélioma papillaire du rein.

- Doc. Anat. N° 87, p. 446, 1912.
40. BORZA.— Über die Leukoplakien den Harnwegen mit.
Bemerkungen zur ätiologie des Krebses.
Zeit. f. Urol. Chir. V-IXX, p. 184, 1926.
 41. BOTHE.— The Journ. of Urologie V-XXII, N° 1, pp. 46-54, 1929.
 42. BOUCHER.— Report of a case of papilloma of the kidney with
nephrectomy.
In Monat. für Urol. V-X p. 574, 1905.
 43. BOWEN.— Obstructing papilloma of the Ureters.
New Engl. Journ. of medec. p. 1029, 23 Mai 1929.
 44. BRAACH.— Papillary epithelioma of renal pelvis.
Minnesota med. St Paul 1922.
 45. BRADFORD.— Hematocele of a hydronephrotic kidney.
T.P.S. London v-49 p. 171, 1898.
 46. BRIGHT.— In Savory et Nash.
 47. BROMBERG.— Papillary epithelioma of the kidney pelvis.
South Med. Journ. p. 550, 1926.
 48. BRUTT.— Über papillare Geschwulste des Nierenbeckens.
Zeit. für Urol. Chir. N° 4 p. 155, 1918.
 49. BRUTT.— Weitere Beilr. zür. Kenntniss. der Zottengeschwülste
des Nierenbeckens.
Zeit. für Urol. Chir. N° 5, p.p. 500-510, 1922.
 50. BRYANT.— Chronic abces and papilloma of kidney.
Urol. and. cut. rev. N° 9, p. 544, 1922.
 51. BURFORD.— Papillomatose du bassinot, de l'uretère et de la
vessie.
 52. BUSSE.— Geschwulstbildung in den grossen Harnwegen.
Wirsch. Arch. N° 164, p. 119, 1901.
 53. BUTLER.— A case of primary carcinoma of the ureter..
Clift. Med. Bull. p. 48, 1914.
 - 53-bis. CAPPELENS.— Beitr. zür. Klinische Chirurgie 1916.
 54. CORNET et CASE.— Malignant papilloma of the pelvis etc..
Proc. of the path. Soc. of Philadelphia, v-XXV, p. 63, 1923.
 55. CASAL.— Hydronéphrose congénitale et Cancer du rein.
Thèse de Montpellier 1919-20.
 56. CASSUTO.— Uro-pyonephrose due à un pap. implanté sur le
méat urétéral.
Lyon chirurg. Mai-Juin t-XXIV p. 254, 1927.
 57. CHAPPLAIN.— Etude des papillomes de l'uretère.
Thèse de Paris, 1923.
 58. CHAUVIN.— Epithélioma pap. à la totalité de l'uretère avec
hématonéphrose et hématome périrénal.
Soc. Fr. d'Urologie, 17 Mars 1930.
 59. CHAUVIN et CERATI.— Les tumeurs épithéliales de l'uretère.
Archives des mal. des reins et des org. g.-ur. v-V-N° 6, 1933.
 - 59-bis. CHAUVIN et ROMIEU.— Polypes bilatéraux et adénome
papillaire de l'uretère.
Urol. and cut. Rev. 1931.
 60. CHEVASSU.— Tumeur papillomateuse de l'uretère susvésical
démontrée par l'urétéropyélographie.

- Bull. et mém. de la Soc.n. de Ch.Paris v-LVII N°16, p.683, 1931.
61. CHEVASSU et MOCK.— Epith. primitif de la partie moyenne de l'uretère.
Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1912.
 - 61-bis. CHIARI.— Uber einen Fall von Utercarcinom.
Zeit. für Urol. t-VIII p.p. 672-676, 1914.
 62. CHRISTELLER.— Zeit. für Urol. t-XIX, 1925.
 63. CERATI.— Les tumeurs primitives de l'uretère.
Thèse de Montpellier 1930.
 64. COLOMBINO.— I tumori primitivi del'baccinetto renale.
La medicina italiana. Février 1932.
 65. COLSTON.— Journ. of Urol. N° 5, p. 67, 1921.
 66. COPE.— Hématonéph. du papill. of the renal pelvis.
Pr. of the Roy. Soc. of med. t.XIV, N°4, Sect. of Urol.p.24, 1921.
 67. CORDRESS.— Leukoplakie des Nierenbeckens.
Zeitsch. für. Urol. t-XVII, 1923.
 68. GRANGE et KNICKERBOKEN.— Postoper. result. in primary carcinoma of ureter following complete nephro-ureterectomy.
Journ. of Urol. p. 19 t-XVII — 1927:
 69. GRANCE et KNICKERBOKEN.— Primary carcinoma of the ureter. Report of a case.
Journ. Amer. Med. ass. t-LXXXII, 1924.
 70. CULLEN.— The early diagn. of cancer of the ureter oper. technic.
Intern. chir. Philadelphia. Serie 4, N° 19, 1909.
 71. CULVER.— Benign epithelial tumor of the ureters.
Surg. Clin. Chicago t-IV, 1920.
 72. CULVER.— Papilloma of the ureter.
Journ. of Urol. Baltimore t-VI, p. 331, 1921.
 73. CUMSTON.— Neoplasm of the renal pelvis and ureter.
Amer. J. of Urol. vener. and sex. org., 10 Janvier 1913.
 74. CUNNINGHAM et SWAN.— Papillare Systadenome.
Tr. Amer. Ass. Genito-Ur. Surg. N° 22, p.p. 25-34, 1929.
 75. DARNALL et CAWE.— Papillome du bassinnet.
Pr. of the Path. Soc. of Philad. t. XXV, p. 65, 1923.
 76. DARNALL et KOLMER.— Papillome malin du Rein.
Surg. gyn. and obst. t-IV, p. 273, 1922.
 - 76-bis. DARNELL et ED. WILMS.— Malignant papilloma of the kidney.
Surg. gyn. and obst. t-XXXV, N° 4, p. 493, 1922.
 77. DAVIS.—Neopl.of the kidney with report, of five primary cases:
Amer. J. of Obs. and Gyn., N° 5, 1922.
 78. DAVY.— Clinical lecture on Excision of the left kidney.
Brit. med. Journ. N° 2, p. 757, 1884.
 79. DAY, FAIRCHILD et MARTIN.— Etude sur le diagnostic précoce et les soins du pap. primit. de l'uretère et du bassinnet.
Surg. gyn. and obst. t-XL, N° 4, p.p. 485-492, 1925.
 80. DEREVENKO.— Contrib. à l'étude des néoformations papillaires du bassinnet et de l'uretère.
Rousski chirurg. Archives, N° 5, 1908.
 81. DJENH-YAN-KU.— Beitrag zur Kenntnise des Zottengesch.

- wulste des Nierenbeckens und Ureter.
Zentr. für Allgem. Pathol. Iena t-XXXV, p. 548, 1924-25.
82. DICKINSON.— In Albarran et Imbert.
 83. DODSON.— Diagnosis of tumors of kidney pelvis.
Amer. Journ. of Roentgen. 1928.
 84. DOSSOT.— Les tumeurs du bassin et de l'uretère.
Gaz. méd. de France, p. 159, 15 Avril 1931.
 85. DOZSA.— Tumeur du bassin et de l'uretère.
Zeit. für. Urol. chir. t-XXII, 1927.
 86. DREW.— Villous carcinoma of pelvis, of kidney, ureter and bladder, causing hydronephrosis.
Tr. Path. Soc. London N° 48, p. 130, 1897.
 87. DUNCAN.— Malignant papilloma of the kidney.
Amer. Journ. of Obstetr. and gyn. t-IV, N° 3, 1922.
 88. DZIALOSZYNSKY.— Cancer primitif de l'uretère.
in Zeit. für. Urol. t-XXIII, p.p. 1004-6, 1929.
 89. EGGER et FELSEN.— Papillary epithelioma of the kidney pelvis.
Journ. of the Amer. med. assoc. Chicago t-LXXXII, N°18, 1924.
 90. EISENDRATH et SELUTZ.— Cancer primitif de l'orifice urétéral.
Arch. des Mal. du Rein t-II, p. 401, 1925.
 91. EMODI.— Papillome de l'uretère.
Pest med. Press Budapest t-XLI, p. 184, 1905.
 92. ENDELMANN.— Sur le papillome du bassin.
Polski Przegląd chirur. Varsovie, 1927.
 93. ERCOLE.— Papilloma of Pelvis case.
Rev. med. del Rosario N° 21, p. 160-168, 1931.
 94. ERHARDT.— Papillome du bassin.
Abbild Nierenchirurgie 1931.
 95. ESCAT.— Urohématonéphrose, calcul de l'uretère supér. épithélioma papillaire du rein.
Marseille médical v-LIX, Ns 20, 1922.
 96. ESCAT et FIOLE.— Un cas de papillome du bassin.
Marseille médical, N° 9, 1910.
 97. ETTORÉ.— Papillomatoseu réterale.
II Policlinico, 15 Janvier 1924.
 98. EVERIDJE.— Hydronephrose dr. dû aux papillomes du bassin et de l'uretère, avec implantation dans la vessie.
in Zeit. für Urol. Chir. t-XXVIII, p. 402, 1929.
 99. EWERET et ANGLE.— Papillary Epithelioma of the kidney pelvis.
Surg. gyn. and obst. t-XXXVIII, N° 5, 1924.
 100. FARCAS.— Papillome du bassin et de l'uretère avec hydronephrose secondaire.
in Zeit. für. Urol. Chir. 1932.
 101. FEDOROFF.— Papilloma des Niere.
Deut. Med. Wochen t-XXXV, p. 1581, 1909.
 102. FENWICK.— Med. Soc. Transact. 1897.
 103. FENWICK Ureteric meatoscopy in obscure diseases of the kidney, 1903.

104. FISCHER, WALTER et KOTA MURA KASNI.—Über eine Mischgeschwülst des Nierenbeckens.
Wirsch. Arch. für. Path. Anat. und Physiol. t-CCVIII, N° 2-3.
- 104-bis. FISCHER.— Über Neubildungen der Niere und des Nierenbeckens.
Zeit. für. Urol. Chir. v-XXXVII, f-1-2, 1933.
105. FINSTERER.— Ein Tumor des linken Ureter.
Wien Klin. Woch. t-XXVIII, p. 718, 1915.
106. FIOLE.— Les néoplasmes du bassin et de l'uretère.
Gaz. des Hôpitaux, 17 Décembre 1910.
107. FIOLE (J. et P.).— Tumeurs primitives du bassin et de l'uretère.
Bull. et mém. de la Soc. de Méd. de Vaucluse, p. 357, 1909.
108. FORET et WILENS.— Un cas de tumeur du bassin.
Ann. de la Soc. Méd. et Chir. de Liège, t-57, N° 12, 1923.
109. FRANC et GRUBER.— Klin. Pathol. Beitr. zum Geb. der Urologie, Lymphangiosis carcinomatosa renis aus primären Krebs des Nierenbeckens.
Zeit. für. Urol. Chir. t-XIII, p. 166, 1923.
110. FRANÇOIS.— 2 cas de polypes du bassin et un cas de polype de l'uretère diagnostiqués par la pyélographie.
Journ. Belge d'Urol. N° 2, p. 107, 1932.
- 110-bis. FRANCIS et KIMBAL.— Benign papilloma of the renal pelvis.
The Amer. Journ. of Surg. t-X, N° 3, p. 576, 1930.
111. FRITZ et MERIO.— Pyélographie.
Wien Klin. Woch. N° 43, 1927.
112. FOWLER.— Solitary Papilloma of Lower (right) ureter secondary to recurrent papillomata of bladder.
Tr. Amer. Ass. genit. Urin. Surg. t-23, p. 201-220, 1930.
113. GAMGEE.— Papillome du bassin.
The Lancet, 13 Sept. 1902.
114. GARCEAU.—Renal, ureteral, perirenal and adrenal tumors, etc.
Tampeton N° 4, p. 421, 1909.
115. GARGOURT.— Sur une présentation d'une tumeur incrustée du bassin.
Journ. d'Urologie t-VIII, N° 6, p. 497, 1924.
116. GERARD.— Papillome du bassin.
Ass. Fr. d'Urol. in Journ. d'Urol. t-XXVIII, p. 632, 1929.
117. GERSTEIN.— Ein Fall von primären Krebs des rechten Uretermündung.
Inaug. diss. Kiel, Mai 1902.
118. GILBERT THOMAS.— Papillary adenocarcinoma of the kidney.
Chicago Urol. Soc., 24 Mars 1921.
119. GILBERT THOMAS.— Epithell. papillaire chez un enfant de 3 ans et demi.
Surg. clin. of North America t-III, N° 5, p.p. 1255-61, 1923.
120. GILBERT S. G. et A. G. GILBERT.— Malignant papilloma of the kidney pelvis.
Journ. of Urology t-XIII, N° 1, p.p. 25-42, 1925.

121. GIOIA.—Su di un carcinoma papilare del calici renali
Ann. ital. di Chir. t-III, N° 2, p. 168, 1924:
122. GIORDANO.— Rifflession sutre casi di affezioni renali.
Gaz. intern. med. chir. et di interessi profess. t-VI, N° 2, p.p.
22-30, 1928.
123. GIORDANO et BUMPUS.— Carcinoma in the Ureteropellvic
junctur metastatique from the prostate.
Journ. of Urol. t-XVIII, N° 6, p. 497, 1924.
124. GODARD et GAUTIER.— Volumineux papillome du bassinet.
Journ. d'Urologie N° 6, 1928.
125. GLAS.— Ein Beitr. zum primären und metastatischen Ureter
carcinom.
126. GOLDSTEIN.— In Mac Cown.
127. GORACH.— Tumeur du bassinet.
Vestnik Chir. N° 58-60, p. 344-357, 1930.
128. GRAEW (de).— La chirurgie des tumeurs du Rein.
Ann. de la Soc. Belge de Chirurgie, p. 176, 1909.
129. GOTTLIEB.— Über Neubildungen des Harnleiters.
Zeit. für Urol. Chir. t-XX, 1926.
130. GOTTSTEIN.— Article Nephrolithiasis.
in Lichtenberg, Voelker et Wildbolz, Berlin, 1927.
131. GRAEUWE (de).— Papillome du bassinet.
Ann. de la Soc. Belge de Chirurgie, N° 4, 1909.
132. GRAEUWE (de) et WAUTY.— Ann. de la Soc. Belge de Chi-
rurgie, p. 198, 1906.
133. GRAUHAN.— Die Tumoren im Röntgen bild.
Zeit. für Urol. Chir. t-XVII, 1925.
134. GRAUHAN.— Contribution anatomique et clinique aux forma-
tions épithéliales du bassinet.
Deut. Zeit. für. Chir. t-174, p. 152, 1922.
135. GRAUPNER.—Zur histogenese des primairen Nierencarcinome.
Ziegler Beitr. t-XXIV, p. 339, 1898.
136. GRAW TEMPLETON.— Journ. of. Urologie N° 5, 1921.
137. GROHE.— Tumeur du rein.
Deut. Zet. für Chir. t-60 p. 15-31, 1901:
138. GRUNENBERG.— Primare Harnleiter Carcinom.
Zeit. für Urologie t-XXIV, p. 260, 1930.
139. GUINSBOURG.— Tumeurs épithéliales du bassinet.
Thèse de Montpellier 1914.
140. HADFIELD.— Malignant papilloma of renal pelvis.
Brit. Journ. of Surg. 1923-1924.
141. HALLE.— Leucoplasie et Cancroide de l'appareil urinaire.
Ann. des mal. des org. gén. ur. p. 481, 1896.
142. HARRISON.— In Savory et Nach. N° 368.
143. HASLINGER.— Les papillomes du bassinet.
Zeit. für. Urol. Chirurgie, 1926.
144. HEATON et GAMGEE.— Papillome du bassinet.
The Lancet p. 746, 13 Septembre 1902.
145. HEBB.— in Fenwick. N° 162.

146. HECTOEN.— Observ. on gumma of the hypoplasia and primary carcinoma of the ureter.
Journ. Amer. med. assoc. t-XXVI, p. 1115-1117, 1896.
147. HERESCO.— De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du Rein.
Thèse de Paris 1899.
148. HERESCO.— La cystoscopie appliquée au diagnostic des tumeurs urétérales.
Ann. des Mal. des Org. génito-urinaires, t-XIX, 1909.
149. HERMAN.— Über Nieren und Ureteren Missbildungen.
Zeit für Urol. Chir. t-XXVI, p. 505, 1929.
150. HINMAN et GIBSON.— Journal d'Urologie, 1921.
151. HOCH et DAMANGUE.— in Savory et Nach. N° 368.
152. HOFFMANN.— Zür Kasuistik der tumoren des Ureters.
Zeit. für Urolog. t-X, p. 369, 1916.
153. HRYNDSCHACK.— Über Nierenbecken papillomen.
Zeit. für Urol. Chir. t-V, N° 1-2, 1920.
154. HRHYNDSCHACK.— Über 2 Fälle renales Hämaturie.
Zeit für. Urol. Chir. t-IX, 1922.
155. HRYNDSCHACK et BLUM.— in Zeit. für Urol. chir. 1925.
156. HUG.—Un diagnostic d'hématurie difficile, le polype de l'uretère.
Paris Médical t-XIV, N° 31, p. 120-122, 1924.
157. HUNT Papill. épithélioma of renal pelvis.
Journ. of urology t-XVIII, N° 3, p.p. 225-246, 1927.
158. HUNT.— Unusual surgical lesion of Urinary tract papill. epithel. of ureter.
Surg. Clin. North Amer. t-VII, p. 1460, 1927.
159. HUNTER.— in Mac Cown.
160. HYLDERBRAND.— Weitere Beitr. zur Anat. der Nierengeschwülste.
Langenbeck t-XCVII, p. 343, 1894.
161. HYMAN.— Abst. of discussion.
Journ. of the Amer. med. ass. t-LXXV, p. 1197, 1920.
162. IMBERT.— Tumeurs du Rein.
Gazette des Hôpitaux N° 36, 1903.
163. ISRAEL.— Soc. de Medec. Berlin, 22 Mai 1901.
Berlin Klinische Wochenschr. p. 665, 1901.
164. ISRAEL.— Chirurgische Klinik der Nieren Krankheiten. Berlin, 1901.
165. ISRAEL.— Splenomegalie. Linkseitige hydronephrose und ureter carcinoma.
Berl. Klin. Wochen t-XI, p.p. 2381-2383, 1910.
166. ISRAEL J.— Ein von der Wand des Nierenbecken ausgehende Geschwülstbildung.
Deut. Med. Wochensch, N° 23, 1897.
167. ISRAEL J.— Tumor des Nierenbeckens.
Berl. Klin. Wochensch t-XXXIII, 1909.
168. ISRAEL J. et W.— Chirurgie der Niere 1925.
169. ISRAEL O.— Ein fungöser Carcinoma der Niere.
Wirsch. Arch. t-CXXXVI, p. 359, 1881.

- 170 ISRAEL W.— Demonst. im 4 Urologen Kongress.
Zeit. für Urol. Beitr. p. 414, 1914.
171. IVANOVITCH.— Etude sur la douleur dans les affections du rein, du bassin et de l'uretère.
Thèse de Paris 1921.
172. JACOBSON.— Papillome du bassin.
Zeit. für Urologie N° 3, 3 Mars 1924.
173. JAKIMIÁK.— Papillome fibroépith du Rein.
Przeglad lekarski N° 25, p. 435, 1912.
174. JANSSEN.— Zwei aussergewöhnliche Tumorbefunde in der oberen ableitenden Harnwegen.
Zeit. für Urol. chir. N° 9, p. 474, 1922.
175. JEANBREAU.— Néoplasme de l'uretère.
Encycl. fr. d'urologie, t-II, 1914.
176. JEANBREAU et ETIENNE.— Epithélioma papillaire du bassin, néphrectomie lombaire, guérison se maintenant depuis 1 an.
Journ. d'Urologie t-II, N° 2, p.p. 235-244, 1912.
177. JEBENS.— Uber Papillomatose Tumor in der ableitenden Harnwegen.
Inaugural Dissert., Strasbourg 1894.
178. JENKEL.— Nierenpapillom.
Zeit. für chir. N° 17, p. 619, 1922.
179. JOLY.— Tumeur papillaire du bassin et de l'uretère.
Proc. of the Roy. Soc. of med. t-XX, N° 11, p. 47, 1927.
180. JOLY et SWIFT.— Villous tumor of the middle calyx.
Proc. of the Roy. Soc. of med. t-XX, N° 11, p. 47-48, 1927.
181. JONA.— Beitr. zu den primären tumoren des ureters.
Centr. für Pathol. t-V, p. 659, 1894.
182. JONES.— Practitioner 1892 in Mock.
183. JONES et CAROL.— Epithélioma papillaire du bassin.
Ann. of Surgery t-CXXX, N° 4, 1924.
184. JORDAN.— Bruns Beitr. zur Klin. chir. t-14, p. 604, 1895.
185. JOSEPH.— Zeit. für Urolog. chirurgie, t-XVIII, p. 138, 1924.
186. JOSSELIN de JONG.— Ein Fall von Carcinoma, papillare des Nierenbeckens.
Ziegl. Beitr. t-XXXV, N° 1, p. 205, 1904.
187. JUDD.— Papillary tumor of the Pelvis of the kidney.
Lancet 1919.
188. JUDD, PARKER et MORSE.— Tumor of kidney and the ureters, and tuberculosis of the kidney.
Surg. Clin. North America, Philadelphia, 1926.
189. JUDD et STAR.— Papillome du bassin.
Surg. clin. and med. N° 9-11-12, 1929.
190. JUDD et STUTHERS.— Primary carcinoma of the Ureter.
Journ. of Urology, t-VI, N° 2, 1921.
191. KARO.— Leukoplakie des Nierenbeckens und Ureters.
Zeit. für Urologie Berlin, 1926.
192. KAUFMANN.— Lehrbuch des Spez. Pathol. Anat. p. 847, 1896.
193. KEERBERGEN (von).— Tumeur du bassin.
Journ. Belge d'Urologie, 1929.

194. KEINES.— Papillome du bassin et diagnostiqué par la Pyélographie.
The British Journ. of Surg. t-XIII, N° 57, p. 224, 1926:
195. KEITEL.— Papilläres Nierenadenome.
4 cong. für Urol. Berlin, 1926.
196. KELLOCK.— Middlesex Hospital. Report in Mock.
197. KELLY.— Epithelioma of pelvis of kidney.
Philadelphia P. S. 1920.
198. KEY.— Papillome du bassin et.
Acta chirurgica Scandinavica, Juillet 1923.
199. KEY et ACKERLAND.—Über die Diagnose der Uretertumoren.
Zeit. für Chir. t-cc, p.p. 428-449, 1927.
200. KIELLEUTHNER.— Nierenbecken karcinom.
4 Cong. Urol. Berlin, 1913.
201. KIMBALL.— Benign Papilloma of Pelvis.
Amer. Journ. of Surg. N° 10, p. 576-577, 1930.
202. KISCHENSKY.— Primäres Platten epithelkrebs der Nierenkelche und Metaplasie ureters.
Ziegl. B. t-XXX, p. 348, 1901.
203. KITAGAWA et OSAKI.— Sur un cas d'hématonéphrose provoqué par un papill. du bassin et.
Journ. d'Urologie Japon, t-XX, p.p. 30-43, 1933.
204. KLAGES.— Beitrag zur primären Uretercarcinom.
Zeit. für Urol. chir. t-XXVIII, p. 103:
205. KLEINSCHMIDT.—Beitrag zur kenntniss der primären Uretertumoren.
Deut. Zeit. für Chir. N° 1-2, p. 103, 1925.
206. KNACK.— Fall von papillaren carcinom des linken Ureters.
Deut. med. Wochen Leipzig, t-XLIV, 1918.
207. KNEISE.— Das primäre Uretercarcinom.
IX Cong. Allem. d'Urol. Munich, 28 Sept. 1929.
208. KOHLHARDT.— Über ein Zottengeschwulst — des Nierenbeckens und des Ureters.
Wirsch. arch. N° 148, p. 565, 1897.
209. KONTSCHALOWSKY.— Calculs du rein et cancer primitif du bassin et.
Médicinskoe Obosrenie, t-CXXI, N° 8, 1909.
210. KRAFFT.— Papillomes de l'uretère primitifs et secondaires.
Zeit. für Urol. p. 385, 1922.
211. KRATZ.— Primary carcinoma of the Ureter, etc.
The Journ. of Urol. Baltimore, t-XII, N° 1, 1924.
212. KRETSCHMER et MAODY.—Leucoplakia of the kidney pelvis.
Arch. of surg. p. 348, 1922.
213. KREUTZMANN.— Papillome de l'uretère chez la femme.
Surg. gyn. obs. 5, Avril 1924.
214. KUMMEL.— Über Malignen Tumoren des Nierenbeckens und Uretergeschwulst.
M. Harnkrankheiten, N° 2, p. 195, 1928.
215. KUNDRAT.— Demonstr. in K. u K. med. Gesellschaft.
Wien. Klin. Woch. t-4, p. 949, 1891.

216. KUSTER.— Die Chirurgie der Nieren, der Harnleiter und der Nierenbecken.
Deut. Chir, Lieferung, p. 526, 1896.
— p. 538, 1902.
- 216-bis. LAFFITTE et ST-PAUL.— Un cas d'épithélioma pap. du bassin.
Journ. d'Urol. t-XXXIII, N° 1, p. 61, 1932.
217. LANCERAUX.— Dictionnaire Dechambre, article Rein.
3-ème Série, volume 3, p. 27.
218. LONDON, LINDON et ALTER.— Epithélioma papillaire du bassin.
Ann. of Surgery, t-LXXV, N° 2, p. 242, 1922.
219. LANGE.— in New York med. Journ. p. 460, 1891.
220. LANTE— Ein Fall von zottengeschwülst der Blase, des Harnleiters und Nierenbeckens.
Greifswald, 1899.
221. LAQUEUR.— De la polypose fibroide du bassin.
Zeit. für Urol. chir. t-XVII, N° 3-4, p.p. 205-212, 1925.
222. LEBERT.— Anatom. Pathol. t-I, p. 269, t-II, p. 373, 1861.
223. LECENE.— in Hartmann Trav. de chir. anat. clin. Paris, 1904.
224. LECENE et WOLFROMM.— Cancer des Reins et des Voies urinaires supérieures. Paris 1923.
225. LE DENTU et ALBARRAN.— Papillome de l'uretère, néphrectomie et urétérectomie totale.
Bull. de l'Acad. de Méd. de Paris, t-LXI, p. 240, 1899.
226. LEGUEU.— Papillome du bassin.
Bull. et mém. de la Soc. de Chir. Paris, Février 1909.
227. LEGUEU Cancer papillaire du bassin.
Bull. et mém. de la Soc. de Chir. P. Nov. 1909.
228. LEGUEU Tumeur du bassin et de l'uretère.
Traité d'Urologie, Paris 1921.
229. LEGUEU.— Diagnostic de tumeur du rein par la pyélographie.
Bull. de la Soc. d'Urol., Juin 1926.
230. LEGUEU, FEY et TRUCHOT.— Pyéloscopie, Paris 1929.
231. LEGUEU, PAPIN et MAINGOT.— Exploration de l'appareil urinaire. Paris 1913.
232. LICHTENBERG, VOELKER et WILDBOLITZ.— Handbuch der Urologie, Berlin 1927.
233. LICHTENSTERN.— Ein fall von Nierenbeckentumor.
Wien. Klin. Rundschau, t-XXX, 1916.
234. LIEBENOW.— Inaugural Dissert. Marbourg 1891.
235. LION.— Papillome des Nierenbeckens.
4-ème Congrès d'Urol. Allem. in Zeit. für Urol. p. 413, 1914.
236. LIVERMORE.— Adénocarcinome papillaire du bassin.
The Journ. of Urol. t-XXI, N° 5, p. 601, 1928.
237. LOEPER et CHIFOLAU.— Cancer du rein d'origine pyélique.
Soc. d'anat. N° 75, p. 67, 1900.
- 237-bis. LOEWENARDT.— Demonst. eines Falls von Carcinoma des Ureters.
Zeit. für urol. N° 1, p. 837, 1907.

238. LOEWENSTEIN.— 2-ème Congrès intern. pour l'étude du Cancer (discuss.).
5-ème section, Paris, 1910.
239. LOEWENSTEIN.— Ein Fall von primären Carcinoma des Ureters.
Thèse de Fribourg en Brisgau, 1911.
240. LOWER (CLEVELAND).— Neubildungen des Nierenbeckens.
Zeit. für Urol. N° 8, p. 44, 1914.
241. LÖFFLER.— Bericht über einen Fall von primären Ureter Papillom.
Zeit. für Urol. chir. t-XVII, N° 5-6, p. 370, 1925.
242. LOUMEAU.— A propos des tumeurs malignes du rein.
XIV Cong. intern. de Méd. 1903, Sess. d'Urologie, p. 20, Madrid, 1904.
243. LOWER.— Neoplasm of the renal pelvis.
Surg. gyn. ans obst. N° 2, Février 1914.
244. LUBARSCH.— Die Metaplasiefrage in Spiess, 1915.
245. LUTZ.— Zeit für Urol. Chir. XVII, N° 1-2, 1925.
246. LUYS.— Mesure de la capacité du bassinnet.
Ann. des mal. des org. gén. ur. N° 7, p. 519, 1908.
247. LUYS, AMEUILLE et CHENOT.— Soc. d'Anat. N° 85, p. 346, 1910.
248. MAC ALPINE.— Specimens of new growth of the pelvis and kidney.
Proc. Roy. Soc. med. London, 1922-1923.
249. MAC ALPINE.—Specimens of papillomatous carcinoma or Uretery from a male aged 58.
Sect. of Urol. N° 26, 1928.
250. MAC CARTHY.— Papillome du bassinnet.
New York med. Journ. N° 9, p. 544, 1922.
251. MAC CARTHY et MECKER.—A case of primary carcinoma of the Ureter.
Proc. of the New York Path. oc. N° 6-8, p. 34, 1922.
252. MAC COWN.— Un cas de papillome du bassinnet.
South Med. Journ. N° 10, 1922.
253. MAC COWN.— Papillomatous epithelioma of the kidney pelvis.
Journ. of the Amer. med. ass. t-LVII, p. 1191, 1920.
254. MAC COWN.— Primary Carcinoma of the Ureter.
Journ. Med. Assoc. t-XCIV, p.p. 468-471, 1930.
255. MAC DONALD.— Pyonephrosis, papilloma pelvis.
West London Med. Journ. t-XXVI, N° 2, p. 72, 1921.
256. MACGLENAN.— Carcinoma of the pelvis of the kidney.
Ann. of Surg. p. 310-313, 1921.
257. MACKENDRODT.— Fall eines Papill. des rechten Ureter.
Zeit. für Geb. und Gyn. Stutgart 1903.
258. MACKENRODT.— Demonst. eines Ureterpapillom.
Zeit. für Geb. und gyn. t-II, N° 27, p. 872, 1914.
259. MACKENZIE.— Malignant growth of the lower urinary tract.
Canada medical Ass. Journ. Toronto, 1926.

260. MAIGNANT.— West London med. Journ. t-XXX, N° 1.
261. MAIGNOT Nouns and case of hematonephrosis due to a papilliferus epithelioma of the renal pelvis.
West London medic. Journ. N° 1, 1925.
262. MALHERBE et VIGNARD.— Tumeurs de l'uretère.
Gaz. Méd. de Nantes, p. 91, 1912.
263. MAC KENZIE et de RATNER.— Netastatic growths rep. of 3 cases, and brief review of literat.
Canad. Med. Assoc. Journ. N° 25, p. 266-270, 1931.
264. MAKACHEN et SOKOLOW.— Papillomes du bassinnet.
Zeit für Urol. fasc. 24, p. 265, 1930.
265. MARCHILDON.— A case of carcinoma occluding left ureter with atrophy of the kidney.
- 265-bis. MARICONDA.— Sopra un caso diagenesia del'rene con papillomatosi diffusa della pelvi (inst. di Anat. Pat. Osp. Roma).
Policlinico Chir. N° 38, p. 491-493, 1931.
266. MARINESCO.— Hydronephr. caused by papilloma of pelvis and calices.
Journ. d'Urol. t-XXXI, N° 6, p. 582-584, 1931.
267. MARION G.— Papillome de l'uretère diagnostiqué.
Bull. de la Soc. de Chir. N° 40, p. 917, 1914.
268. MARION.— De l'étingelage des papillomes de l'uretère.
Journ. d'Urologie, N° 3, 1919.
269. MARION. Un cas de papillomatose diffuse de l'uretère.
Journ. d'Urol. N° 3, 1922.
270. MARION.— Tumeur du bassinnet.
Traité d'Urologie, Paris 1929.
271. MARION.— Les polypes de l'uretère.
Congr. Fr. d'Urol. 1923.
272. MARTIN.—Ann. des mal. des org. génito-urinaires, p. 42, 1897.
273. MATHAES.— Sur les papillomes primitifs du bassinnet.
Zeit für chir. N° 3, 1927.
274. MATZUOKA.— Über multiple Papill. der Harführenden und Harnbereitenden Wege der Niere.
Zeit. für Chir. t-LXVIII, p. 306, 1903.
275. MAYBOURY et DUCKE.— Brit. Journ. of Surg. t-C, 1925.
- 276.—MAYER.— Über Ureterpolype und Ureterinversion.
Zeit. für gynec. p. 1452-1457, 1929.
277. MAZIO.— Cas de papill. multiples primitifs de l'uretère.
Journ. de l'Acad. de Méd. de Turin, t-IX, p. 193, 1903.
278. MEDOW.— Über ein Papillome des Nierenbeckens.
Inaug. Dess. Munich, 1908.
279. MELICOW et FINDLEY.— Tumeur bénigne de l'uretère. Revue de la littérature et rapp. d'un cas.
Surg. Gyn. and Obst. p. 680, 1932.
280. MELTZER.— Papillary carcinoma of the renal pelvis.
Journ. of. Urol. p. 335, 1926.
281. METCALF et SAFFORD.—A case of carcinoma of the Ureters,
Amer. Journ. of med. S. p. 129, 1905.

282. MAZZA (de la).— Pap. urétéro-vésical et hydronéphrose.
Revue espagnole de Chirurgie et d'Urol. N° 2, 1928.
283. MICHON.— Epithélioma primitif du bassinnet.
20-ème Congr. fr. d'Urologie, Paris 1920.
284. MICULICZ.— Papillom des Nierenbeckens. Demonstr. in Schl.
gesel. für Vat. Kult. Breslau.
Deut. Med. Wochen. t.-XXI, p. 195, 1895.
285. MILLER et HERBST.— Epith. pap. du bassinnet.
Journ. of the Amer. med. Assoc. p. 918, 1921.
286. MINICH.— Carcinoma. Ureteris Demonstr.
Pester med. chir. Prusse, N° 24, p. 941, 1902.
287. MINICH.— Carcinoma Ureteris.
Zentr. für Harn und Sex. org. t.-XVI, 1905.
288. MIONI.— Epithélioma papillifera della pelvi renale.
Revista Veneta di sc. med. p. 218, 1907.
289. MOCK.— Tumeurs primitives du bassinnet.
Thèse de Paris 1912.
290. MOCK Une observation de tumeur du bassinnet.
Bull. et mém. de la Soc. de Chirurg. de Paris, N° 13, 1927.
291. MOROGNA.— Contribution à l'étude du papillome du bassinnet.
II Policlinico N° 8, 1914.
292. MORRIS.— Surgical diseases of kidney and ureter.
in Savory et Wasch.
293. MOTA.— Papillome du bassinnet.
Ann. de Fac. de méd. de São Paulo, N° 5, p. 178-183, 1930.
294. MOTZ.— Pyélographie et pyéloscopie dans le diagnostic de tu-
meur du Bassinet et du Rein.
Thèse de Paris, 1927.
295. MURCHINSON.— Case of will. diseases of the bladder and
kidney.
Tr. P. S. London, N° 21, 1870.
296. MURSELL.— Implantation Papilloma of Ureter secondary to
papillom of renal pelvis case.
Urol. and. Cut. Rev. N° 34, p. 359-362, 1930.
297. MUTO.— Sur l'Anatomie Pathol. et la Clinique du Papill. du
bassinnet.
Mith. allg. pathol. und pat. Anatomie, 1928.
298. NECKER.— Zür Kenntnis des papillären Geschwülste des obe-
ren harnwege.
Wien. Med. Woch. t-61, N° 37, p. 2394, 1911.
299. NEELSEN.— Beitr. zur path. Anat. des Ureteren tumoren.
Ziegl Beitr. t-III, p. 277, 1888.
300. NEGRI.— Tumori primitivi del bacinetto.
La clinica chirurgica N° 2, 1914.
301. NEGRO.— Etude anatomo-pathol. des tumeurs papill. du bas-
sinet.
Archives ital. di Urologie v-VI, f-3, p. 273, 1930.
302. NEUWIRT et BERDNA.— 4 cas de tumeurs de l'uretère et du
bassinnet.
Zeit. für Urol. Chir. t-XXV, N° 5-6, 1928.

303. NEURATEL.— Primous Utertercarinom.
Zent für Gynec. p. 1116, 1932.
304. NEUWIRT et SIMON BRUNN.— Bedeutung und Indicationen
der Pneumo-pyelographie für den chir. Diagnostik.
Cas. lek. cesk. N° 7, p. 241, 1928.
305. NICOLITCH.— in Hrynd. schack.
306. NOMMEL.— Zür Papillomatose des Nierenbeckens und Ureters.
Arch. für Klin. Chir. CLXXI, N° 1.
307. NORA.— Polype du bassin, polypose secondaire de l'uretère.
Soc. Fr. d'Urol. 7 Juillet 1930.
308. OCKERBLADE F.— Papilloma of the kidney pelvis.
Surg. clin. of North Amer. N° 6, 1923.
309. OLIVA.— Urétérectomie totale pour tumeur.
Journ. de l'Acad. de Méd. de Turin, 1914.
310. ORAISON.— Epithélioma du bassin et de l'uretère.
Journ. de Méd. de Bordeaux.
311. ORAISON.— Un cas de tumeur épithéliale du bassin.
Bull. et mém. de la Soc. Méd. et chir. de Bordeaux, 1924.
312. OREJA.— in Pasqual, Congrès int. d'Urol. 1933.
313. ORTHNER.— Ein neuer Weg zur Freilegungen des Untersten
Abchnittes etc.
Wien. Klin. Woch. t-LXXIX, p. 1338, 1926.
314. PAL.— Utertercarinom.
Jarber et Wien. K. K. Krank t-IV, N° 2, p. 45, 1895.
315. PANTALONI.— Papillome du bassin.
Ann. provinc. de chirur. p. 2, 1899.
316. PAPIN.— Néoplasme de l'uretère.
Bull. de la Soc. Fr. d'Urol. t-III, p. 83, 1924.
317. PAPIN ED.— La Pyélographie. Paris, 1921.
318. PAPIN ED.— Chirurgie du Rein. Paris, 1928.
319. PARIS.— Les polypes du bassin, évolution et clinique.
Thèse de Paris, 1929.
320. PARMENTER.— in Mac Cown.
321. PASCHKIS.— Zür Kasuistik des Nierenbecken Geschwülste.
Zeit. für Urol. t-III, N° 8, 1909.
322. PASCHKIS.— Primärer Tumor des Harnleiters.
Wien Kl. Woch. t-XXIII, N° 1, 1910.
323. PASCHKIS et PLESCHNER.— Un cas de tumeur urétérale si-
mulant une tumeur vésicale.
Med. Klin. t-XVI, N° 49, p. 1254-1256, 1920.
324. PASQUAL.— Sur les tumeurs du Rein (res).
in Zeit. für Urol. chir. t-XXVI, p. 283, 1929.
325. PASQUAL.— Tumeurs du bassin.
Rapp. au Congrès intern. d'Urol. Londres, 1933.
326. PATCHE et RHEA.— Journ. of Urology, 1924.
327. PAVONE.— Cancro primitivo del Bacinetto.
Tumori Tome, 1922.
328. PELS LEUSDEN.— 31-ème Congrès de la Soc. de Chir. Berlin,
p. 137, Avril 1902.

329. PERLMANN.— Sur les tumeurs fibro-épithéliales du bassin.
Deut. zeit. für Chir. 1926.
330. PERRIN et AIGROT.— Epithélioma du Bassinet.
Lyon Médical, p.p. 929-933, 1922.
331. PERTHES.— Tumeurs du bassin.
Deut. zeit. für Chir. p. 215, 1875.
332. PFEIFER.— Ein Fall von Nierenbeckencarcinome.
In Zeit für Urol. Chir. p. 574, 1929.
333. PFLAUMER.— Über das intramurale Ureterpapillome, seine
Diagnosis und Behandlung.
Zeit. für Urol. t-XXIII, p. 589.
334. PICOT.— Epithélioma papillaire.
Journ. d'Urol. t-II, N° 5, p. 699, 1912.
335. PIERI.— Pyonéphrose avec Papillome du bassin.
Marseille Médical, 1922.
336. POLL.— Ein Fall von multipl. Zottengeschwülste im ureter und
Nierenbecken.
Beitz. Zur. Klin. Chirurgie, t-XXIII, N°3, p. 822, 1899.
337. POUSSON.— Néphrectomie pour épithélioma du bassin.
Gaz. des Sciences Médicales, Bordeaux, 1911.
338. POSNER.—Primares Uretercarcinom.
Monat. für Gebur. und Gyn. t-LXXV, 1926.
339. PRAETORIUS.— 4 Congrès d'Urol. Allem. in Zeit. für Urol.
p. 415, 1914.
340. QUERVIN (de).— Deut. Medic. Wochen, p. 341, 1917.
341. QUIMBY.— Tumor primary of the Ureters.
Journ. of Urol. t-IV, 1920.
342. QUIMBY.— Rep. of two cases of papill. of the renal Pelvis.
Journ. of Urol. t-V, N° 2, p. 165-169, 1921.
343. RAVASINI.— Premier Congrès de l'Ass. All. d'Urol.
Rapp. p. 222, Vienne, 1907.
344. RAYER.— Atlas des Maladies des Reins.
P. e. XI et XL, 1836.
345. RAYER.— Traité des maladies du Rein. Vol. III, p. 669, 1841.
346. REHN.— Über Blasengeschwulsten bei Fuchsinarbeitern.
Chirurg. Cong. 1895.
347. REJSEK.— Contributo alle diagnosis di papill. del Bacinetto.
Arch. ital. di Urol. t-I, N° 4, 1924.
348. RENNER.— Zentr. für Chirur. t-LIII, N° 43, p. 2736, 1927.
349. RETZLAFF.— Über Carcinom des Nierenbeckens.
Thèse de Greifswald, 1904.
350. REYNOLDS.— Epithélioma of the Renal pelvis with massiv
hydronephr.
Ann. of Surgery Philadelphia, 1904.
351. RICHARD.— in Albarran et Imbert.
352. RICHELLOT.— Cancer du Rein.
Soc. de Chir. Paris, p. 606, 1906.
353. RICHTER.— Primäres Carcinom des rechten Ureters.
Zeit. für Urol. N° 3, p. 416, 1909.

354. ROBERTS et de MORGAN.— Villous diseases of the kidney.
Tr. P. S. London, t-XXI, p. 239, 1870.
355. ROBINSON.— Cancer non demonstrable cause of Ureter and its
progress.
Toledo med. annal. Surg. t-XXV, 1909.
356. ROLANDO.— Journ. d'Urol. t-IX, p. 381, 1920
357. ROUSSY et LEROUX.—Diagnostic des tumeurs (Masson 1921).
358. ROUSSELOT et LAMON.— Primary Carc. of the Ureter Rep.
Surg. of Gyn. and Obst. t-L, p. 17-28, 1930.
359. RUBRITIUS.— Demonstration eines Nierenbeckens papillom.
Zeit. für Urol. N° 1-2, 1924.
360. RUNDLE.— Epith. of the Ureter with hydronephrose.
Tr. of the Pat. Soc. London, p. 128, 1896-7.
361. RUNDLE.— Primary Epithelioma of the Ureter.
Semaine Médicale. Paris, t-III, p. 555, 1895.
362. SAAR.— Guérison d'un papillome urétéral qui faisait hernie
dans la vessie.
Wissens. Artz. in Insbruck, 2 Mai 1913.
363. SALLERAS.— Epithélioma papillaire du bassinets.
La Semaine Médicale, 18 Décembre 1924.
364. SALLERAS et FALCIA.— Tumeur du bassinets gauche.
La Semaine Médicale, N° 2, p. 171-173, 1929.
365. SALLERAS, ASTRALDI et BECKE.— La Pyélographie et la
Pyéloscopie dans le diagnostic des affections rénales et para-
rénales.
Rev. ass. med. Argent. N° 4, p. 1035, 1928.
366. SAMON.— Benign. papilloma of the Renal Pelvis Glasgow med.
journal, t-III, p.p. 218-220, 1929.
367. SANCHEZ COVISA.— Quelques obs. des néoplasmes du rein et
du Bassinets.
Revista espanola de Chir. t-I, N° 2, p. 20, 1933.
368. SAVORY et NACH.— Benign villous tumors of renal pelvis.
The Lancet, 17 Décembre 1904.
369. SCHÄFER.— Ein Fall von primären Nierenbeckencarcinom.
inaug. Dissert. Leipzig, 1919.
370. SCHAUDIG. — Uber Papillomatose Geschwulste des Oberen
Harwege.
Deut. Zeit. für Chir. N° 5-6, 1924.
371. SCHEEL.— Beitr zur Roentg. des primären Uretercarcinoms.
372. SCHERWOOD - HERRICK.— Un cas de papill. du bassinets.
Ann. of Surg. t-CXX, p. 624, 1919.
373. SCHIMAMURA et KANISAVA.— Acta dermatologica t-X, N°2,
p. 183-202, 1927.
374. SCHMIDT et KRAUSS.—Uber ein Cystadenom des Niere u.s.w.
Zeit. für Chirur. t-LIV, N° 50, p. 3256-59, 1927.
375. SCHOLL Un cas de papillome du bassinets.
Res. in Zeit. für Gyn. Urolog. 1911.
376. SCHOLL.— Tumeur papillaire du bassinets.
Surg. gyn. and obst. N° 2, 1924.

377. SCHWARTZ.— Un cas de papillome du bassin^{et} exceptionnel au point de vue diagn. et clinique
Zeit. für Urol. 5 Mars 1918.
378. SCHWARTZ.— Malignant papill. of the renal pelvis etc.
Journ. of Urol. N° 3, 1928.
379. SCHATTOCK in Deutsche Med. Woch. t-XIV, N°13, p.295, 1888.
380. SITSEN.— Contribution à l'étude de papillome du bassin^{et}.
Nederland Tijds^{on} Genuskunde, 23 Juin 1910.
381. SKLARZ.— in zeit. für Urol. t-XX, p. 412, 1928.
382. SMITH GILBERT.— Malignant papilloma of the kidney pelvis.
Trans. of America Assoc. Baltimore, 1924.
383. SMITT.— Primary Carcinoma of the Ureter.
Trans. Chicago Pathol. Soc. t-X, p. 127, 1916.
384. SMUTTE.— Res. in Zeit. für Urol. t-XXIII, p. 812, 1929.
385. SPENSER.— Endothélioma of the left kidney etc.
Brit. Journ. of Surg. t-X, N° 39, 1923.
386. SPIESS.— Die Primären epithelialen Tumoren des Nierebeckens und des Ureters.
387. SPILLMANN.— Cancer encephaloide du bassin^{et} et du rein.
Ann. des mal. des org. génito-urin. t-V, p. 119, 1887.
388. SQUIER.— Tumeur du Rein et de l'Uretère.
Boston méd. and surg. Journ. N° 16, p. 547, 1909.
389. STEIN.— 1-er Congrès de l'Ass. alleman. d'urol. Wien, p. 225, 1907.
390. STEINTAL.— Zür Kenntniss des Zottengeschwulst des Nierenbeckens.
Munch. med. Wochen, 5 Septembre 1924.
391. STEVENS.— Les Tumeurs du Bassinet.
Journ. of the Amer. Assoc. t-LXXIV, N° 23, p. 1575-1578, 5 Juin 1923.
392. STEWARDT.— Primary tumor of the Ureter.
The Brit. Journ. of Surg. t-XIII, p. 667, 1926.
393. STIEDA.— Angiom eines Nierenpapillenspitze als Ursache schwerster Blutung.
Beitr. zur Pathol. Anat. und Allg. Pathol. N° 1923.
394. STIRLING.— Papillome malin du bassin^{et} et calcul.
Journ. of Urol. p. 165, 1927.
395. STOBBAERTS.— 2 cas de tumeurs du bassin^{et} et de l'uretère.
Journ. Belge d'Urol. p. 490-1, N° 6, 1932.
396. STOEK.— Cas de papillome de la vessie de l'uretère et du Bassinet.
Beitr. zür Path. Anat. und Allg. Pathol. p. 26-37, 1892.
397. STOSSMANN.— Papillome du bassin^{et}.
Orvozkepz^{es} ig 12, p. 156-167, 1922.
398. STRICKER.— Sur les tumeurs papillaires du bassin^{et}.
Arch. für Klin. chir. t-140, p. 663-700, 1926.
399. STROMINGER et MICHALOVICI.— Un cas de polype de l'uretère.
Bucaresti med. t-I, p. 61, 1929.

400. STUSSER.— Über die primären epithelialen Missbildungen des Nierenbeckens.
Beitr. zur Klin. chir. t-80, 1912.
401. SUTER.— Sur un cas de papill. solitaire de l'uretère.
M. G. Basch. C. Bl. Schweiz. Arzt. t-XC, N° 2, p. 654, 1910.
402. SUTER.— Papill. de l'uretère, néphrectomie, guérison
The Urol. and Cut. review technic. suppl. t-I, N° 1, 1913.
403. SUTER.— Beitr. zur Kasuistik des primären Uretercarcinoms.
Zeit. für Urol. chir. Berlin, t-X, p. 522, 1922.
404. SUTTON.— in Scholl 1924.
405. TADDEI.— Pathologica, N° 4-6, Juin 1908.
406. TAKAHASHI.— Kasuistische Mitteil. des Wirkwürdigen Uretergeschwulst etc.
Zeit. für urol. Chir. t-XXII, p. 172, 1927.
407. TARGETT.— Néoplasmes du bassin et de l'uretère.
In Bost. med. Journ. October 1909.
408. THOMAS GIBBERT.—
409. THOMAS RALPH.— Papillome of renal pelvis.
Proc. of the Roy. Soc. of med. t-XVIII, N° 2, Sect. of Ur. p. 2, 1929.
410. THOMAS REGNIER.— Tumor of the kidney and Ureter.
Journ. of Urology, t-XI, N° 3, 1924.
411. THOMSON WALKER.— Case of malignant growth of the renal pelvis with calcul.
Proc. of the Roy. Soc. of med. t-XVI, N° 11, Sect. of Urol. p. 857, 1928.
412. THORNTON.— Hydronephrosis due to papilloma and calculus.
T.P.S. London, t-XXXVI, p. 269, 1885.
413. TIKOFF.— Un cas de Papillome du bassin.
Arch. prov. de Chir. p. 143, 1 Mai 1901.
414. TOUPET et GUENIOT.— Cancer de l'orifice urétéral du bassin et de l'uretère.
Bull. de la Société Anatomique, p. 143, 1898.
415. TUFFIER.— Hématonéphrose intermittente par épithélioma du hile du rein et du bassin.
Soc. de Chir. t-XXX, p. 775, 1894.
416. TUFFIER et BRECHOT.— Tumeurs du bassin.
Encyclopédie Fr. d'Urologie, 1914.
417. TUZIK.— Zur Frage des papillomatosis des Nierenbeckens.
Res. in Zeit. für Urol. chir. t-XXVIII, p. 121, 1929.
418. VAN DEN BRANDEN.— Tumeurs du bassin.
Rap. au Congrès international d'Urologie, Londres, 1933.
419. VERHOOGEN.— Opérations pratiquées dans 18 cas de suppuration du rein.
Ann. de la Soc. Belge de Chir. p. 252, Juillet 1898.
- 420.— VIANNAY.— Polype du bassin coincidant avec un calcul.
Journ. d'Urol. N° 4, Avril 1924.

421. VIETHEN.— Zür Klinik des epithelialen Neubildungen des Ureters.
Zeit. für urol Chir. t-XXIX, N° 3-4, p. 274, 1930.
422. VIETHEN.— Cas de carcinome primitif de l'uretère.
Zeit. für Urol. t-XXI, 1927.
423. VOELKER.— Diagnostic du bassinnet dilaté et pyélographie.
Arch. für Klin. Chir. p. 588, 1909.
424. VOELKER.— Primary carcinoma of the Ureter.
Tr. Roy. Soc. London, N° 46, p. 133, 1895.
425. VOLANTE.— Fr. Contributo allo studio dei carcinomi primitivi del'Ureter.
Arch. ital. di Urol. t-IV, N° 2, p. 105-132, 1927.
426. J.K. de VRIES.—Hypernéphroma, papilloma and stone occuring.
Amer. Journ. Surg. N° 10, p. 487-492, 1930.
427. VORPAHL.— Primary carcinoma of the Ureters.
Amer. Journ. Urol. t-II, p. 509-525, 1905-6.
428. WALKER.— in Mac Carthy et Mecker.
429. WALTER.— Un cas de tumeur du bassinnet.
Rousski Wratsch, N° 41, 1901.
430. WATSON et CUNNINGHAM.— Un cas de papillome du Bassinet.
Diseases Surgery of the genito-Urinary System, 1910.
431. WETHERELL.— A case of papillary carcinoma of the renal pelvis.
Boston med. and surg. Journ. v-97, N° 9, p. 818-819, 1927.
432. WHER.— Thèse de Griefswald, 1893.
433. WISING et BLIN.— Cancer primitif de l'uretère droit.
Hygiea, p. 468, 1898.
434. WITHE et RITHCH.— In Zeit. für urol. Chir. t-XX, 1926
435. WOWDLO.— In Zeit. für Urol. t-XIX, N° 11, 1925.
436. WWEDENSKY et ILLJIN.— Zür Röntgendiagnostics des Nierenbecken.
Zeit. für. urol. Chir. t-XXV, p. 29, 1928.
437. ZEHEB.— Untersuchungen.— Uber Nierengeschwulst.
Virchow. Arc. t-CCI, p. 150, 1910.
438. ZIRONI.— Cancer primitif de l'uretère droit.
Ann. des mal. des org. génito-ur. N° 1, p. 81-101, 1909.
439. ZOBEL.— Ein Fall. von primären Uretercarcinom.
Zent. für Allg. Pathol. und pathol. Anat. t-XXXVI, 1925.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages:
Avant propos	11
Historique	13
Anatomie pathologique	15
Etiologie	23
Symptomatologie	23
Douleur	36
Tumeur	39
Troubles de la miction	41
Cystoscopie	42
Le cathétérisme des uretères	46
Recherches de laboratoire	49
Examens radiographiques	52
Le Diagnostic	58
Evolution	61
Traitement	62
Résumé	75
Les observations	77
Résumé des observations	86
Bibliographie	111

